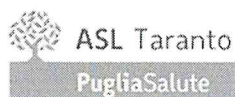


**PERCORSO DI GESTIONE  
DELL'ATTIVITA'  
OSPEDALIERA IN REGIME  
DI RICOVERO**

S.S.D MEDICINA LEGALE  
RISCHIO CLINICO

**PERCORSO DI GESTIONE DELL'ATTIVITA'OSPEDALIERA IN REGIME DI  
RICOVERO**

<b>Data Redazione</b>	<b>Gruppo di lavoro</b>	<b>Verificata</b>
<b>22/06/2020</b>	<i>Direzione Medica</i> Dott.ssa M. Giuseppina Maluccio  <i>Rischio Clinico</i> Dott. Gregorio Frascella CPSI Anna Maria Pagliara CPSI Irene Friuli	<b>Direttore Medico POC</b> Dott.ssa M. Leone  <b>Resp. U.O. Rischio Clinico</b> Dott. M. Chironi



**PERCORSO DI GESTIONE  
DELL'ATTIVITA'  
OSPEDALIERA IN REGIME  
DI RICOVERO**

S.S.D MEDICINA LEGALE  
RISCHIO CLINICO

**PERCORSO DI GESTIONE DELL'ATTIVITA'OSPEDALIERA IN REGIME DI  
RICOVERO**

**Riferimenti:**

- 1. Circolare Regione Puglia PROT. 0001010 del 4 maggio 2020**
- 2. Circolare Regione Puglia PROT. 0083538 del 21 maggio 2020**
- 3. Circolare Regione Puglia PROT. 0001806 del 2 giugno 2020**
- 4. Circolare Regione Puglia PROT. 0002045 del 11 giugno 2020**

Come da disposizioni del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport per tutti della Regione Puglia, presenti nella Circolare in riferimento 1) ed in considerazione dei chiarimenti e delle modifiche ed integrazioni di cui ai riferimenti successivi, che si intendono richiamati integralmente, si forniscono di seguito le indicazioni necessarie alla ripresa delle attività di ricovero programmato.

Tali indicazioni si applicano a tutte le attività mediche, chirurgiche e riabilitative, non ulteriormente procrastinabili e pertanto riconducibili alle classi di priorità A e B, di cui al Piano Nazionale di Governo delle Liste d'Attesa (PNGLA), nonché alle prestazioni rivenienti dal circuito IMA – SCA e a quelle riferite al percorso nascita.

## **RICOVERI CHIRURGICI PROGRAMMATI NON PROCRASTINABILI**

Per tutte le prestazioni in regime di ricovero, compresi i Day Service, è prevista valutazione anamnestica telefonica pre-ricovero da eseguirsi nei giorni precedenti il ricovero, attraverso l'attività di pre-triage telefonico (**vedi scheda in allegato 1**). La raccolta di dati utili al pre-triage deve riferirsi ai 30 giorni precedenti e deve essere finalizzata a rilevare l'eventuale presenza di infezione COVID-19 conclamata o sospetta, eventuali precedenti contatti stretti con pazienti COVID-19, presenza di familiari o conviventi sintomatici, eventuale recente tampone con dettagli su motivazione ed esito.

Contestualmente si deve raccomandare al paziente il rispetto di rigorose misure di distanziamento sociale fino all'intervento programmato. In caso di comparsa di sintomi riferibili ad infezione COVID 19, il paziente dovrà darne tempestiva comunicazione al reparto.

Nei casi conclamati o sospetti COVID-19, acclarati con valutazione telefonica, l'intervento sarà posticipato, se possibile, al termine della quarantena dopo negativizzazione del tampone. Rimane nella facoltà e responsabilità del team di cura l'indicazione ad eventuale anticipazione dell'intervento al fine di evitare il peggioramento della prognosi.

Il pre-ricovero dovrà essere programmato possibilmente 24 ore prima dell'intervento e comunque entro le 48 ore, se il tampone deve essere eseguito nella stessa seduta. Il tampone, infatti, ai fini della sua validità, deve essere eseguito entro le 48 ore precedenti alla data prefissata per l'intervento. Nel caso in cui, per motivi organizzativi, i protocolli pre-ricovero (visita anestesiologicala, indagini di laboratorio, RX, ecc) debbano essere eseguiti in data antecedente alle 48 ore, seguirà un secondo accesso, nei tempi di cui sopra, per l'esecuzione del tampone. In occasione del ricovero, verrà ripetuta l'indagine anamnestica per verificare eventuali sintomi insorti dopo il pre triage telefonico.

Il paziente dovrà sottoscrivere il Consenso Informato COVID-19 (**vedi scheda in allegato 2**).

Se l'esito del tampone negativo è disponibile in giornata, il paziente può essere dichiarato eleggibile al ricovero.

Se l'esito del tampone non dovesse essere disponibile in giornata, il paziente deve essere ricoverato in stanza singola come sospetto COVID, in attesa del referto.

In caso di tampone positivo il paziente seguirà il percorso dedicato per pazienti COVID. Se, invece, il tampone da esito negativo, si segue la procedura ordinaria.

In caso di necessità di intervento immediato, il pz. seguirà il percorso degli interventi COVID-19 in emergenza/urgenza.

Per i Day-Service, in attesa della risposta del tampone, il paziente può tornare al proprio domicilio, con le indicazioni riguardo il distanziamento sociale e l'isolamento cautelativo.

Durante il decorso post-operatorio del paziente NON COVID, a scopo precauzionale si raccomanda che:

- tra i pazienti deve essere garantita la distanza minima di 1 mt; nel caso non sia possibile, per la necessità di interventi sanitari e/o la presenza di eventuali visitatori, allora al paziente va fornita una mascherina chirurgica da indossare
- gli operatori devono indossare i previsti DPI sulla base del rischio espositivo;
- sia mantenuto un attento monitoraggio delle condizioni cliniche per evidenziare precocemente eventuali sintomi riferibili a COVID-19.

## **RICOVERI MEDICI E RIABILITATIVI PROGRAMMATI NON PROCRASTINABILI**

Per i ricoveri di area medica, valgono le disposizioni in merito alle attività di pre-triage con le relative indicazioni per l'eleggibilità del ricovero, nonché le norme di gestione per il distanziamento sociale già indicate nel paragrafo precedente.

L'esecuzione dei tamponi deve rispondere a precise indicazioni cliniche del paziente, a criteri di appropriatezza prescrittiva, all'esecuzione di attività ad alto rischio (ad esempio, prestazioni con generazione di aerosol o di particolare complessità organizzativa), trasferimento successivo verso strutture per le quali vige l'obbligo (ad esempio, strutture socio assistenziali).

## **CONCLUSIONI**

Per quanto non espressamente indicato nel presente documento, si richiamano, comunque, le disposizioni regionali citate in riferimenti. In ogni caso, si raccomanda il rispetto delle procedure aziendali già in essere e finalizzate a garantire la massima sicurezza per gli operatori sanitari e per i pazienti e gli utenti in genere.

**SCHEMA DI PRE TRIAGE TELEFONICO**

<b>Ambulatorio di</b>	<b>luogo</b>
<b>Visita del</b>	<b>ora</b>

**DATI PAZIENTE**

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>	
<b>Data di nascita</b>	<b>Luogo di nascita</b>	
<b>Residente in</b>		
<b>Comune di</b>	<b>Prov.</b>	<b>Tel/Cell</b>
<b>Numero conviventi</b>		
<b>Eventuale accompagnatore</b>		

**VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA**

<b>Soggiorno in area epidemica?</b> <b>Se si indicare il luogo</b>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>
<b>Partenza dalla zona a rischio</b>	<b>Data</b>	
<b>Contatto con caso conclamato, sospetto o probabile</b>	<b>Si</b> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/>



SINTOMI RIFERITI		
Febbre	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tosse	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Mal di gola	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Dispnea	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Corizza (naso che cola)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Malessere generale	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Congiuntivite (occhi arrossati/lacrimazione)	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Data comparsa sintomi	___/___/___	

Raccomandare al pz. di rispettare l'isolamento domiciliare fino al giorno della visita, munirsi di guanti e mascherine prima dell'accesso alle strutture, non presentarsi più di 15 minuti prima dell'appuntamento, comunicare il nome dell'eventuale accompagnatore, rispettare le procedure indicate dagli operatori sanitari.

Compilato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ alle ore \_\_\_\_\_

L'Infermiere pre triage

Il Medico

Il Paziente



## S.S.D. MEDICINA LEGALE-RISCHIO CLINICO

---

---

### CONSENSO INFORMATO COVID-19

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

dichiara di :

- non aver mai manifestato sintomi attribuibili ad infezione SARS-Covid 19;
- di aver manifestato sintomi attribuibili all'infezione SARS-Covid19;
- di non essere mai stato sottoposto a tampone naso-faringeo;
- di aver eseguito un tampone naso-faringeo in data \_\_\_\_\_ con seguente esito \_\_\_\_\_;
  
- di aver osservato il prescritto isolamento preventivo al ricovero (almeno 7 giorni ) ;

Mi è stato spiegato dettagliatamente che il percorso diagnostico-terapeutico relativo alla procedura/intervento di \_\_\_\_\_ si svolgerà in un reparto "No Covid" e che il personale sanitario metterà in atto tutte le misure assistenziali volte a ridurre il rischio di contrarre l'infezione.

Non di meno sono stato informato che tale rischio risulta ineliminabile, al pari di qualsiasi altra complicanza infettiva correlata al processo diagnostico-terapeutico.

Consapevole dunque di essere ricoverato in un reparto "No Covid" all'interno di una struttura ospedaliera che potrebbe accogliere anche malati "Covid" con differente percorso assistenziale, accetto di essere sottoposto alla procedura/intervento di \_\_\_\_\_.

Firma del/della paziente \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_