

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi O.N.L.U.S. - 23862 CIVATE (LC) – Via N. Sauro, 5	PROCEDURE gestione COVID 19 FASE 2 - previste dalla DGR 3226/2020
PR RSA 042 000	Vers. 0 del 16/06/2020 approvata dalla Presidente il 16-06-20

PROCEDURA

Cod. PR - RSA - 042 – 000

**PROCEDURE PER LA GESTIONE COVID 19
FASE 2 – come previsto dalla DGR
3226/2020**

Elenco emissioni/approvazioni/revisioni

Rev.	Autorizzazioni					
	Redazione		Verifica		Approvazione	
0.0	Data 16-06-20	Direttore	Data 16-06-20	Medico Responsabile	Data 16-06-20	Presidente

Note: _____

La responsabilità dell'eliminazione delle copie obsolete della procedura è dei destinatari di questa documentazione

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi O.N.L.U.S. - 23862 CIVATE (LC) – Via N. Sauro, 5	PROCEDURE gestione COVID 19 FASE 2 - previste dalla DGR 3226/2020
PR RSA 042 000	Vers. 0 del 16/06/2020 approvata dalla Presidente il 16-06-20

SOMMARIO

- 1.SCOPO/OBIETTIVO
- 2.CAMPO DI APPLICAZIONE
- 3.RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI
- 4.ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA
- 5.MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ
- 6.PROCESSO/MODALITÀ OPERATIVE

- Descrizione del processo

3. SCOPO/OBIETTIVO

Consentire a tutto il personale destinatario di tale procedura di possedere le conoscenze riguardo alle corrette attività da svolgere in caso di pandemia da SARS-COV2 altrimenti detta COVID-19.

2. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura deve essere applicato all'interno della struttura Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi ONLUS da tutti gli operatori all'interno della struttura.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

Autore	Titolo
Regione Lombardia	DGR3226/2020 allegato A
SIAARTI – GRUPPO DI STUDIO BIOETICA – Coordinatore Dr. Alberto Giannini	GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE": CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE? "DOCUMENTO CONDIVISO" PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA
ISS e AIFA	"Indicazioni sulle terapie dei pazienti affetti da COVID-19 in RSA/RSD Aggiornamento del 20-04-2020 e seguenti

4. ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA

ABBREVIAZIONI	
R.S.A.	Residenza Sanitaria Assistenziale
I.O.	Istruzione Operativa
PR	Procedura
DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA	

5. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

R= responsabile, C= coinvolto

Destinatari: infermieri professionali, ASA-OSS, medici

Attività \ Funzione	Direzione e R.S.A.	CdA	Medico Responsabile	Coordinatore IP	Equipe di lavoro
Identificazione di un processo da documentare	R		R	R	C
Identificazione di un gruppo di lavoro	R		R	R	
Redazione di Procedura o Istruzione Operativa				R	R
Verifica del documento			R		
Approvazione del documento		R			
Emissione del documento	R				
Applicazione del documento			R	R	R

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi O.N.L.U.S. - 23862 CIVATE (LC) – Via N. Sauro, 5	PROCEDURE gestione COVID 19 FASE 2 - previste dalla DGR 3226/2020
PR RSA 042 000	Vers. 0 del 16/06/2020 approvata dalla Presidente il 16-06-20

6.PROCESSO/MODALITÀ OPERATIVE

- Descrizione del processo

Gestione di casi sospetti o confermati

Presso RSA Casa del Cieco di Civate, potrebbe presentarsi un caso Covid 19 come definito nella seguente definizione del Ministero della Salute 9-3-2020:

Definizione di caso di COVID-19 per la segnalazione.

La definizione di caso si basa sulle informazioni attualmente disponibili e può essere rivista in base all'evoluzione della situazione epidemiologica e delle conoscenze scientifiche disponibili.

Caso sospetto di COVID 19 che richiede esecuzione di test diagnostico

- Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale * durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; oppure
- Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; oppure
- Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) e che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.

Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel pronto soccorso ospedaliero, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o nel Paese è stata segnalata trasmissione locale.

Caso probabile

Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Caso confermato

Un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) o da laboratori Regionali di Riferimento che rispondano ai criteri indicati in Allegato 3, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

Definizione di “contatto stretto”

Il contatto stretto di un caso probabile o confermato è definito come:

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi O.N.L.U.S. - 23862 CIVATE (LC) – Via N. Sauro, 5	PROCEDURE gestione COVID 19 FASE 2 - previste dalla DGR 3226/2020
PR RSA 042 000	Vers. 0 del 16/06/2020 approvata dalla Presidente il 16-06-20

sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima dell'insorgenza della malattia nel caso in esame.

Processo decisionale trasferimento/permanenza caso sospetto trasferimento in sicurezza in struttura più idonea e successivo ritorno

L'ospite sospetto per Covid-19 sarà:

- dapprima isolato nelle apposite camere ritenute idonee per l'isolamento funzionale presenti in ogni nucleo
- in relazione alle condizioni di salute:
 - a. in stato di fine vita secondo criteri SIARTI, condividendo la decisione con l'ospite, se possibile con i familiari o il legale rappresentante o con le eventuali Direttive anticipate di trattamento del paziente, sarà trattenuto e curato in RSA, diversamente sarà inviato in Pronto Soccorso
 - b. non in stato di fine vita, sintomatico: sarà inviato in Pronto Soccorso per gli accertamenti e le cure del caso
 - c. non in stato di fine vita, paucisintomatico > esecuzione di Tampone naso faringeo:
 - negativo > resta in RSA salvo complicanze
 - positivo > inviato in Pronto Soccorso o apposite strutture per la cura del caso.

Il trasferimento interno del caso sospetto dovrà avvenire con la massima sicurezza per ridurre le possibilità di diffusione del contagio sia al personale che ai codegenti per cui si dovranno utilizzare percorsi più brevi e attraverso ascensori sporchi rispetto a quelli puliti avendo l'accortezza di procedere, dopo il trasferimento, alla sanificazione del tragitto e del posto letto di provenienza.

Il trasferimento del caso sospetto dovrà avvenire sempre con riferimento al SUEM attivato col numero 112 riferendo che si tratta di sospetto caso COVID per le precauzioni del caso.

Sanificare i percorsi.

Verificare i contatti precedenti per isolare i contatti stretti (compagno di camera) e attuare sorveglianza per 14 giorni lasciandolo isolato nella sua stanza.

Il successivo ritorno deve essere effettuato secondo criteri di massima sicurezza, pertanto dovrà tornare con corredo di adeguate analisi virologiche (tamponi o sierologico) secondo le indicazioni Regionali, ed inizialmente sottoposto a quarantena in osservazione, nell'area prevista dal Piano Organizzativo Gestionale.

Isolamento funzionale o per coorte

In presenza di caso COVID, che potrà restare solo alle condizioni di cui sopra, sarà immediatamente trasferito nelle camere destinate all'isolamento funzionale, in camera singola con bagno dedicato.

In presenza di più di un caso, potranno essere messi nella medesima camera se hanno caratteristiche cliniche analoghe fino al massimo della possibilità ricettiva definita in RSA (2 ospiti al secondo piano; 2 ospiti al primo piano; 7 ospiti al piano terra; 14 ospiti al Chiostro), come da Piano Organizzativo Gestionale vigente ad oggi o alla data del verificarsi dell'evento.

Le camere e aree destinate all'isolamento sono caratterizzate dalla possibilità di avere entrate e uscite separate e un locale destinato ad area filtro per il cambio del personale. Sono situate alle estremità dei nuclei come indicate nel Piano organizzativo gestionale.

CURA E ASSISTENZA CASI SOSPETTI

Attivazione consulenze specialistiche e cure palliative

In presenza di caso COVID, la **cura**, in assenza e nell'attesa di un vaccino efficace, sarà il trattamento dei sintomi e delle patologie associate eventualmente scompenstate, la cura delle sovraffezioni batteriche, l'erogazione di Ossigeno in relazione ai bisogni. Il tutto secondo i protocolli e le indicazioni ricevute durante il periodo pandemico "Indicazioni sulle terapie dei pazienti affetti da COVID-19 in RSA/RSD" Aggiornamento del 20-04-2020 e seguenti aggiornamenti e seguenti dell'ISS e AIFA.

La fornitura di farmaci è garantita da grossisti farmaceutici; alla ATS sono stati inviati i numeri e le dosi di farmaci eventualmente necessari per la gestione di una nuova ondata epidemica.

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi O.N.L.U.S. - 23862 CIVATE (LC) – Via N. Sauro, 5	PROCEDURE gestione COVID 19 FASE 2 - previste dalla DGR 3226/2020
PR RSA 042 000	Vers. 0 del 16/06/2020 approvata dalla Presidente il 16-06-20

L'ossigeno è erogato attraverso impianto centralizzato con disponibilità garantita illimitata dal fornitore di bombole di Ossigeno; presso il reparto Chiostro saranno utilizzati i concentratori di ossigeno ed ovviamente saranno indirizzati all'ospedale i casi di insufficienza respiratoria non trattabili in sede, salvo stato di fine vita.

Per quanto riguarda l'assistenza, nulla cambia in relazione alla assistenza già fornita in RSA verso persone in condizione di non autosufficienza. Sarà accentuato il monitoraggio della febbre (con termometro a distanza) e dei parametri vitali per garantire interventi mirati per la migliore terapia a supporto delle funzioni vitali.

Sono garantite le cure palliative con disponibilità di farmaci del settore già in uso regolare in RSA anche attraverso consulenze del caso come previsto dai regolamenti regionali.

Le attività di consulenza specialistica sono ordinariamente in atto mediante contatti telefonici con i reparti ospedalieri dei rispettivi ospedali di zona che non hanno mai rifiutato di rilasciare consulenze telefoniche tra colleghi rispetto a casi clinici di qualsiasi tipo di specialità.

Invio in Ospedale per eventi acuti anche non correlati a COVID-19

Premesse

Fonte: Ministero della Salute DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA COMMISSIONE NAZIONALE PER LA DEFINIZIONE E L'AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

1.1.2. La Prestazione Residenziale nel sistema dei Livelli Essenziali

La prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero.

Gli stessi principi di "cronicità" e "stabilizzazione" meritano del resto un approfondimento, assumendo che un paziente anziano affetto da una patologia cronica invalidante non potrà essere definito stabile in senso assoluto e rilevando che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero.

E' inoltre opportuno sottolineare che la prestazione "residenziale" non si differenzia necessariamente da quella "ospedaliera" per un minore gradiente di assistenza. Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale globale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie.

La prestazione in regime di ricovero ospedaliero in acuzie risulta del resto caratterizzata dalla necessità di risolvere in tempi brevi e con ampia disponibilità di professionalità e tecnologie, le gestione di eventi acuti e problematiche di salute classificabili come "critiche" in relazione alla fase di malattia e/o alla necessità di disporre, in continuità di spazio e di tempo, della massima quantità di opzioni diagnostico-terapeutiche.

La prestazione di "post-acuzie" si caratterizza altresì con la necessità di erogare un complesso di cure con finalità riabilitative ("riabilitazione") o clinico-internistiche ("lungodegenza post-acuzie"), aventi un obiettivo definito e raggiungibile in un arco temporale relativamente prevedibile e comunque limitato.

Le prestazioni "residenziali" qualifica invece un ambito di erogazione, a prevalente carattere assistenziale piuttosto che terapeutico a patologie croniche, connotato da aspetti di umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza, anche in ragione della prolungata durata della degenza.

Le differenti malattie croniche presentano traiettorie di malattia molto diverse tra loro: la consapevolezza del paziente/parente/caregiver rispetto alla traiettoria di malattia ed alla prognosi andrebbe costruita progressivamente; soprattutto per le malattie croniche progressive non oncologiche, che spesso non sono considerate dal paziente e dai familiari come patologie pericolose, è necessario affrontare l'argomento a più riprese, fin dal momento dell'ingresso in RSA. Ovviamente la figura che potrebbe svolgere questo ruolo nel modo migliore sarebbe stata quella del medico di medicina generale, che ha con il paziente ed i suoi familiari un rapporto di fiducia, duraturo nel tempo; questo ruolo viene svolto dal medico di reparto nello svolgersi del tempo dal primo incontro in RSA.

Occorre orientare scelte importanti (passare dal tentare di prolungare la sopravvivenza a concentrarsi sul controllo dei sintomi e sul confort del paziente) attraverso strumenti in grado di stimare una prognosi "quoad vitam" a breve termine (ad esempio tre mesi).

Presso la RSA Casa del Cieco si è adottato il criterio di valutare la presenza dello stato di fine vita nelle grandi insufficienze d'organo usando il "documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura" della SIAARTI – 2014. Ovviamente sono garantite la terapia del dolore e le cure palliative sia simultanee che di fine vita.

- 1) Definizione delle patologie da cui il malato è affetto che suggeriscono di valutare l'opportunità di un orientamento terapeutico palliativo vs intensivo

Fondazione Casa del Cieco Mons. Edoardo Gilardi O.N.L.U.S. - 23862 CIVATE (LC) – Via N. Sauro, 5	PROCEDURE gestione COVID 19 FASE 2 - previste dalla DGR 3226/2020
PR RSA 042 000	Vers. 0 del 16/06/2020 approvata dalla Presidente il 16-06-20

- 2) Valutazione globale del malato per arrivare a definire obiettivi di cura proporzionati e pianificati.
- 3) Valutazione funzionale globale del malato (non organo o funzione specifica) per arrivare a definire obiettivi di cura proporzionati e pianificati.
- 4) Inquadramento del malato come potenziale “end-stage”
- 5) Integrazione dei dati precedenti con il principio dell'autonomia decisionale del malato inserito nel suo contesto di vita.

Criteri di scelta per l'invio di un ospite in ospedale per acuti.

Il primo criterio per l'invio in ospedale per acuti è quello clinico, ovvero la insindacabile decisione del medico rispetto all'evento acuto insorto nell'ospite ispirata a principi di proporzionalità e appropriatezza delle cure in base a condizioni cliniche complesse premorbuse, alla prognosi e ai realistici benefici attesi di un intervento intensivo:

- Esempi sono: evento acuto meritevole di diagnosi per migliore cura in ospite non in stato di fine vita come la caduta con sospetta frattura, il trauma cranico in pz in TAO/NAO, emorragia inarrestabile, evento cerebrale acuto di ndd o non trattabile, dolore toracico sospetto per IMA, addome acuto, delirio non contenibile, parere chirurgico urgente etc.
- Accessi ambulatoriali urgenti per controllo di condizioni note: controllo Pace maker, Dialisi, sostituzione CV difficili, gestione PEG etc

Il secondo criterio è quello della volontà dell'ospite se capace di intendere o del legale rappresentante, seguito dalla condivisione della volontà dei familiari e in conformità con le eventuali Direttive anticipate di Trattamento

- Per le stesse motivazioni di cui sopra, a insindacabile giudizio medico non può esservi resistenza
- Per condivisione di condizioni di salute con traiettoria di malattia con prognosi infausta a breve termine, viene condivisa la decisione di inviare o meno l'ospite in ospedale per acuti.
- Qualora il desiderio dell'ospite/parente/legale rappresentante sia quello di inviare nonostante la sproporzione rilevata dal medico, si invia con correlata motivazione e parere clinico.

Il terzo criterio è quello di tutela della salute della comunità.

- Nel caso di malattie coinvolgenti la comunità dei residenti come in caso di ospiti infetti sovrannumerari rispetto alla possibilità di isolamento funzionale o patologie pericolose con indispensabile allontanamento dalla comunità.

Ogni invio in ospedale per acuti viene effettuato con lettera di accompagnamento redatta su carta intestata con motivo dell'invio, sintesi diagnostica e terapia in atto ed eventuale terapia praticata prima dell'invio; parenti di riferimento; medico di riferimento in RSA e suo recapito telefonico.

L'invio in ospedale/pronto soccorso avviene mediante allerta del SUEM.

Altre procedure richieste dalla DGR 3226/2020 non presenti in questo documento

Procedure di raccolta, lavaggio e distribuzione degli indumenti degli ospiti/pazienti, delle divise degli operatori e della teleria piana, materassi, cuscini, nonché della igienizzazione o sterilizzazione dei dispositivi in base alle schede tecniche.	PR RSA 075, PR RSA 100, PR RSA 101
Prevenzione di infezioni correlate all'assistenza con particolare riferimento al COVID-19, nell'ambito di una programmazione annuale di Risk Management;	PR RSA 041 003
Utilizzo e l'approvvigionamento dei DPI in base alla tipologia di attività e al livello di rischio dell'ambiente di lavoro;	PR RSA 041 003 allegato 10
Definizione delle attività di diagnosi e monitoraggio dell'infezione da SARS-CoV-2 mediante esami molecolari (tampone) e sierologici (determinazione anticorpale) su utenti e su operatori, in base alle indicazioni ministeriali e regionali;	RSA 031 003 ed allegato 7
Rientro degli ospiti/pazienti al domicilio, anche temporaneo (in caso di ospiti/pazienti residenti) o ricorrente (come ad esempio in caso di pazienti a ciclo diurno/ambulatoriale) e il loro successivo ritorno, secondo criteri di massima sicurezza;	PR RSA 200 003 e allegato 1
Piano di emergenza e di evacuazione per cause riconducibili a COVID-19 (esempio: focolaio epidemico non controllato, impossibilità ad assicurare le regolari prestazioni per improvvisa assenza di più operatori non prontamente sostituibili, ecc.).	PR SGS 001 003 allegato 16
Accertamento di morte, gestione delle salme e accessi nelle camere mortuarie (ove applicabile), come da indicazioni ministeriali	PR RSA 041 003 allegato 9