

Piano strategico–operativo di  
preparazione e risposta a una  
pandemia influenzale  
(PANFLU 2021-2023)  
ASST di Mantova

---

## Sommario

1.	INTRODUZIONE AL DOCUMENTO E RIFERIMENTI NORMATIVI.....	3
2.	SUDDIVISIONE IN FASI EPIDEMIOLOGICHE E MECCANISMI DI ATTIVAZIONE.....	5
3.	SCHEDE PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO .....	7
3.1	MACROAREA DI INTERVENTO: "ORGANIZZAZIONE GENERALE" .....	8
3.1.1	Unità di Crisi Aziendale .....	8
3.1.2	Formazione .....	8
3.1.3	Piano di comunicazione .....	8
3.1.4	Azioni in fase interpandemica .....	9
3.1.5	Azioni in fase di allerta pandemica.....	9
3.1.6	Azioni in fase pandemica .....	10
3.1.7	Azioni in fase di transizione .....	10
3.2	MACROAREA DI INTERVENTO: "IGIENE EDILIZIA E DEGLI AMBIENTI" .....	11
3.2.1	Azioni in fase interpandemica .....	15
3.2.2	Azioni in fase di allerta pandemica.....	15
3.2.3	Azioni in fase pandemica .....	15
3.2.4	Azioni in fase di transizione .....	15
3.3	MACROAREA DI ATTIVITÀ: "GESTIONE E SICUREZZA DEI LAVORATORI" .....	16
3.3.1	Gestione del personale.....	16
3.3.2	DVR e DUVRI .....	17
3.3.3	Idoneità e sorveglianza sanitaria .....	17
3.3.4	Misure di prevenzione e protezione del personale.....	17
3.3.5	Azioni in fase interpandemica .....	17
3.3.6	Azioni in fase di allerta pandemica.....	17
3.3.7	Azioni in fase pandemica .....	18
3.3.8	Azioni in fase di transizione .....	18
3.4	MACROAREA DI ATTIVITÀ: "GESTIONE PAZIENTI/UTENTI" .....	19
3.4.1	Ingresso pazienti/utenti .....	19
3.4.2	Sorveglianza sanitaria su pazienti/utenti .....	19
3.4.3	Azioni in fase interpandemica .....	19
3.4.4	Azioni in fase di allerta pandemica.....	19
3.4.5	Azioni in fase pandemica .....	20
3.4.6	Azioni in fase di transizione .....	20
3.5	MACROAREA DI ATTIVITÀ: "REGOLAMENTAZIONE ACCESSO VISITATORI ED ALTRI ESTERNI" .....	21

3.5.1	Regolamentazione accesso visitatori/parenti .....	21
3.5.2	Regolamentazione accesso di altri soggetti esterni .....	21
3.5.3	Azioni in fase interpandemica .....	21
3.5.4	Azioni in fase di allerta pandemica.....	21
3.5.5	Azioni in fase pandemica .....	21
3.5.6	Azioni in fase di transizione .....	22
3.6.	MACROAREA DI ATTIVITÀ “APPROVVIGIONAMENTO E LOGISTICA” .....	23
3.6.1	Azioni in fase interpandemica .....	23
3.6.2	Azioni in fase di allerta pandemica.....	24
3.6.3	Azioni in fase pandemica.....	24
3.6.4	Azioni in fase di transizione .....	24
4.	INTEGRAZIONE DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI DEL POLO TERRITORIALE .....	25
4.1	Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD).....	25
4.1.7.	Azioni per le strutture residenziali del DSMD .....	33
4.1.8	Azioni per le strutture ambulatoriali del DSMD .....	35
4.1.9	Azioni per il SERD.....	36
4.1.10	Azioni per la Neuropsichiatria Infantile .....	38
4.1.11	Azioni per le REMS.....	39
4.2.	Distretti, Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità.....	40
4.2.1	Azioni per le sedi distrettuali e degli IFEC .....	47
4.2.2	Azioni per gli OdC e le CdC .....	48
4.3.	Hospice e Cure Palliative Domiciliari .....	49
4.3.1	Azioni per Hospice e Cure Palliative Domiciliari .....	50
4.4	Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) .....	51
4.4.1	Azioni per il servizio di ADI .....	51
4.4.	S.C. Coordinamento Attività Consultoriale.....	53
4.4.1	Azioni per i Consultori .....	53
4.5	S.C. Vaccinazioni .....	55
4.5.1	Azioni per le Vaccinazioni .....	55
4.6	Dipartimento Cure Primarie .....	56
4.6.1	Azioni per il Dipartimento Cure Primarie .....	56
5.	PIANO DI PREVENZIONE DELLE SINDROMI RESPIRATORIE 2023/2024 (Allegato 1 alla DGR n. XII/1125 del 16/10/2023).....	58

## 1. INTRODUZIONE AL DOCUMENTO E RIFERIMENTI NORMATIVI

Il concreto rischio di comparsa di nuovi ceppi pandemici di virus influenzali ha indotto la WHO a stimolare i Paesi Membri nella preparazione di piani di risposta a possibili pandemie influenzali sin dalla fine degli anni Novanta. Il nostro Paese ha prodotto un piano pandemico anti-influenza nel 2002 ed uno successivo nel 2006. Nel corso del 2020, per la prima volta un coronavirus è stato in grado di determinare un evento pandemico protratto con milioni di casi e di decessi.

Nell'esercizio delle proprie funzioni in materia di pianificazione, il Ministero della Salute adotta – previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome (PA) – il Piano Nazionale di Prevenzione (PNP) e il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV).

In tale contesto il Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023 (S.O. n.7 della G.U. Serie Generale n.23 del 29/01/2021) si colloca in una prospettiva temporale di medio termine e individua alcuni elementi strategici e operativi comuni utilizzabili in caso di pandemia influenzale, ma anche per i casi di circolazione di agenti patogeni che, sebbene diversi dal virus influenzale, siano nella stessa misura potenzialmente capaci di causare, in maniera del tutto imprevedibile e imprevedibile, delle vere e proprie pandemie.

La pianificazione di meccanismi di risposta a una pandemia influenzale ripercorre, infatti, come paradigma i passaggi essenziali per la preparazione nei confronti di tutti gli eventi pandemici, anche quelli dovuti ad una malattia respiratoria non conosciuta che definiremo come malattia respiratoria "X". È ormai diffusa la consapevolezza che molte delle misure prevedibili in una pianificazione pandemica influenzale sarebbero incluse in una più ampia pianificazione per un patogeno "X", simile a SARS-CoV-2.

Quanto appreso dalla pandemia SARS-CoV-2 è quindi utile alla messa a punto di piani pandemici influenzali e, in prospettiva, per la risposta ad altri patogeni capaci di causare epidemie/pandemie, confermando il basso livello di prevedibilità di tali fenomeni e la conseguente necessità di essere il più preparati possibile ad attuare tutte le misure per contenerli sul piano globale, nazionale e locale.

Tali piani devono consentire di incrementare le capacità diagnostiche specifiche per il patogeno, di modulare la fornitura di prodotti terapeutici in funzione delle evidenze scientifiche disponibili per il trattamento, di assicurare la disponibilità di dispositivi di protezione individuale (DPI) al fine di proteggere gli operatori sanitari, di mobilitare il sistema per aumentare nel giro di poco tempo i posti letto in terapia intensiva, le degenze subintensive e per acuti dedicabili, anche per far sì che non si verifichino disservizi nella assistenza e nella cura delle persone affette da malattie ordinarie (diverse dal COVID-19).

Il piano è sia un documento di riferimento per la preparazione che una guida per il processo decisionale nelle varie fasi di una pandemia influenzale.

<b>OBIETTIVI GENERALI DI UN PIANO PANDEMICO</b>
Proteggere la popolazione, riducendo il più possibile il potenziale numero di casi e quindi di vittime della pandemia
Tutelare la salute degli operatori sanitari e del personale coinvolto nell'emergenza
Ridurre l'impatto della pandemia influenzale sui servizi sanitari e sociali e assicurare il mantenimento dei servizi essenziali.
Facilitare il processo decisionale
Favorire un uso razionale delle risorse
Coordinare e integrare tutti gli attori coinvolti
Uniformare la gestione della comunicazione

Tra gli atti più significativi adottati dall'OMS possono essere menzionate le International Health Regulations. Tali regole sono state aggiornate e raccolte nel Regolamento Sanitario Internazionale (RSI, 2005) che, declinato anche da ECDC, suggerisce:

- Fase 1: preparazione e analisi della situazione;
- Fase 2: sviluppo o aggiornamento del piano;
- Fase 3: valutazione, finalizzazione e disseminazione del piano;
- Formazione continua finalizzata al controllo delle infezioni e in generale un rafforzamento della *preparedness* nel settore della prevenzione e controllo delle infezioni.

Il Regolamento, in particolare, rientra a pieno titolo nei meccanismi metodologici del ciclo della *preparedness* e della *readiness*, ovvero in un dinamico approccio ciclico di valutazione e aggiornamento anche in relazione alla eventuale acquisizione di nuove conoscenze ed evidenze scientifiche, integrato da studi di revisione ex post in seguito ad emergenze pandemiche.

<i>Preparedness</i>	Nelle emergenze di sanità pubblica comprende tutte le attività volte a minimizzare i rischi posti dalle malattie infettive e a mitigare il loro impatto durante una emergenza di sanità pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento (locale, regionale, nazionale, internazionale). Durante una emergenza di sanità pubblica sono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione.
<i>Readiness</i>	Definita dall'OMS come la capacità di rispondere in modo tempestivo ed efficace alle emergenze/disastri mettendo in pratica le azioni realizzate nella <i>preparedness</i> .

Il campo di applicazione del nuovo RSI è stato esteso per poter comprendere tutti gli eventi che possono costituire un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale e non solo le malattie infettive, includendo così, almeno nelle prime fasi del loro manifestarsi, anche eventi di eziologia sconosciuta o causati da agenti di natura chimica e fisica (*early detection*).

È in quest'ottica che le Regioni sono tenute ad adottare un piano pandemico in grado di declinare a livello locale le indicazioni nazionali sulla base dell'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni-Provincie Autonome il 25/01/2022 sul già citato "Piano Strategico-Operativo Nazionale di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale (PanFlu) 2021-2023". Regione Lombardia con la DGR N° XI/6005 del 25/02/2022 ha determinato la proposta del "Piano Pandemico Regionale (PANFLU) 2021-2023", successivamente approvato dal Consiglio Regionale con la DCR N° XI/2477 del 17/05/2022.

È poi prevista la realizzazione di Piani Operativi Locali a cura delle ATS e delle strutture di ricovero e cura e delle UDO sociosanitarie.

Il Piano Operativo locale delle ATS include i piani operativi locali delle strutture presenti sul proprio territorio ed è in quest'ottica che è stato realizzato il presente "Piano strategico operativo aziendale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PANFLU 2021-2023) per la ASST di Mantova".

Poiché gran parte della risposta operativa a una pandemia in un Paese si svolge a livello subnazionale, è cruciale che nella fase inter-pandemica siano messi a punto, testati e sottoposti a periodica verifica di efficacia i piani regionali di preparazione alla pandemia e i piani operativi locali. Tali piani devono interessare i servizi sanitari ospedalieri e territoriali pubblici e privati, devono essere articolati fino al livello di struttura/organizzazione, devono essere coerenti e coordinati tra loro e con il Piano pandemico nazionale, in modo da garantire la continuità operativa e il coordinamento dei servizi sanitari essenziali e devono essere attuabili in modalità scalare in base alle necessità epidemiologiche.

## 2. SUDDIVISIONE IN FASI EPIDEMIOLOGICHE E MECCANISMI DI ATTIVAZIONE

La WHO ha definito 4 fasi di una pandemia che corrispondono da un lato alla progressione dell'epidemia nel territorio nazionale o locale e dall'altro agli obiettivi di gestione della crisi utili per tenere conto delle diverse situazioni che si possono creare sul territorio nazionale.

Dal punto di vista epidemiologico, le fasi globali (interpandemica, di allerta, pandemica e di transizione) descrivono la diffusione del nuovo sottotipo di virus influenzale nel mondo e le sue conseguenze cliniche:

FASE INTERPANDEMICA	Corrisponde al periodo tra le pandemie influenzali	In questa fase è prevista la normale attività di sorveglianza epidemiologica delle sindromi-simil-influenzali e virologica dell'influenza	
FASE DI ALLERTA	Corrisponde alla fase in cui l'influenza causata da un nuovo sottotipo è identificata nell'uomo	Una maggiore sorveglianza epidemiologica e virologica e un'attenta valutazione del rischio a livello locale, nazionale e globale, sono le attività caratteristiche di questa fase. Se le valutazioni del rischio indicano che il nuovo virus non si sta trasformando in un ceppo potenzialmente pandemico, può verificarsi una riduzione delle attività ( <i>de-escalation</i> ) ossia una ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti, ovvero corrispondenti a quelle della fase interpandemica	
FASE PANDEMICA	Corrisponde al periodo di diffusione globale dell'influenza umana causata da un nuovo sottotipo	Il passaggio tra le fasi interpandemica, di allerta e pandemica può verificarsi rapidamente o gradualmente, come indicato dalla valutazione del rischio globale, principalmente sulla base di dati virologici, epidemiologici e clinici	<p>FASI ACUTE: in cui i casi sono in aumento evidente, con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari</p> <p>FASI POST-ACUTE: in cui i nuovi casi riscontrati al giorno hanno raggiunto un picco e, seppur ancora in numero elevato, hanno un trend in diminuzione</p>
FASE DI TRANSIZIONE	Corrisponde alla fase in cui i casi sono stabili o con variazioni contenute, l'incidenza è bassa e non si assiste ad un sovraccarico dei servizi sanitari. In altre parole, sono fasi in cui l'epidemia è controllata a livello nazionale	Con la diminuzione del rischio a livello globale, può verificarsi una <i>de-escalation</i> delle azioni, con riduzione delle attività di risposta alle epidemie in ambito nazionale e lo spostamento verso azioni di recupero, in base a valutazioni del rischio Paese-specifiche	

L'analisi dei dati è di fondamentale importanza nella gestione di tutte le fasi pandemiche e prevede più sistemi concomitanti per identificare segnali potenzialmente utili ad identificare una nuova minaccia pandemica, tali sistemi vengono anche denominati di *epidemic intelligence*. Obiettivi essenziali sono: il rilevamento quali-quantitativo di circolazione virale e la potenziale funzione da sistema di allarme precoce.

I principali sistemi di riferimento per la Lombardia che interessano con azione diretta la ASST di Mantova sono:

- sistema sorveglianza delle malattie infettive → sistema nazionale di sorveglianza delle malattie infettive (DM 15 dicembre 1990 “Sistema informativo delle malattie infettive diffuse”) basato sull’attività di segnalazione di pazienti sospetti per una patologia infettiva;
- sistema INFLUNET → sistema nazionale di sorveglianza dell’influenza (rilevazione epidemiologica e virologica) basato sull’attività di MMG/PLS;
- sistema di sorveglianza delle terapie intensive → sistema regionale di sorveglianza dei casi gravi di influenza, aggiornato *ad hoc* per COVID-19 che viene strutturato quotidianamente;
- sistemi di sorveglianza in Pronto Soccorso → nuova attivazione di un sistema di sorveglianza campionaria per garantire durante tutto l’anno la rilevazione nei Pronto Soccorso di virus in pazienti con Influenza Like Illness (ILI);
- sistemi di sorveglianza da flussi informativi correnti → sono sistemi di sorveglianza che si basano su informazioni già registrate dal SSR (ricoveri ospedalieri, accessi in PS, AREU) che, opportunamente analizzati, possono fornire informazioni utili anche nell’ambito della sorveglianza delle malattie infettive (attività di sorveglianza e attività di approfondimento epidemiologico).

In particolare, il sistema InFluNet si è dimostrato uno strumento utile per il monitoraggio dell’andamento dell’epidemia stagionale delle sindromi simil-influenzali e dei virus influenzali circolanti, ma al tempo stesso uno strumento flessibile e facilmente adattabile alle diverse situazioni epidemiologiche occorse.

È prevista la realizzazione di un sistema SARR (Sistema di Allerta Rapida e Risposta) nazionale che prevederà una piattaforma che consenta, in modo sicuro, la segnalazione di potenziali emergenze di sanità pubblica ad impatto internazionale o nazionale. Si è inoltre evidenziata la necessità di disporre di un sistema di allerta rapida basato sulla sorveglianza sindromica dei dati di accesso in PS in quanto il sistema informativo attualmente a disposizione non consente un ritorno informativo abbastanza tempestivo per le finalità di sorveglianza.

### 3. SCHEDE PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO

Nelle pagine seguenti sono indicate le più importanti macroaree di intervento per l'attuazione del PANFLU 2021-2023 specifiche per la ASST di Mantova. In particolare, si distinguono le macroaree di intervento in:

- 1) Organizzazione generale, articolata in:
  - a) Unità di Crisi Aziendale;
  - b) Formazione;
  - c) Piano di comunicazione;
- 2) Igiene edilizia e degli ambienti;
- 3) Gestione e sicurezza dei lavoratori, articolata in:
  - a. Gestione del personale
  - b. DVR e DUVRI
  - c. Idoneità e sorveglianza sanitaria
  - d. Misure di prevenzione e protezione del personale
- 4) Gestione pazienti/utenti, articolata in:
  - a. Ingresso pazienti/utenti
  - b. Sorveglianza sanitaria su pazienti/utenti
- 5) Regolamentazione accesso visitatori ed altri esterni, articolata in:
  - a. Regolamentazione accesso visitatori/parenti;
  - b. Regolamentazione accesso di altri soggetti esterni;
- 6) Approvvigionamento e logistica

Gli elaborati descrivono sinteticamente le azioni pianificate nelle diverse fasi prevedendone aggiornamenti periodici in funzione dell'andamento pandemico e delle indicazioni nazionali e regionali, secondo le caratteristiche del Polo Ospedaliero (articolato in tre Presidi) e del Polo Territoriale.

Alcune azioni sono in via di definizione ovvero in continuo aggiornamento, tenuto conto della complessità dell'offerta sanitaria e sociosanitaria della ASST di Mantova e del trasferimento del Dipartimento di Cure Primarie dalla ATS della Val Padana a far data dal 01/10/2023.

Il presente Piano è inoltre da considerare integrato da quanto previsto nell'allegato 1 "Piano di Prevenzione delle sindromi respiratorie 2023/2024" alla DGR N. 1125 del 16/10/2023. Le azioni in esso pianificate sono attuate su specifiche indicazioni della DGW, considerato l'andamento epidemiologico delle sindromi simil-influenzali ed influenzali nonché del COVID-19, ovvero delle loro pressioni sui Pronto Soccorsi e sulle Rianimazioni. Tale piano costituisce allegato del presente Piano Pandemico di ASST di Mantova (vedi oltre).

Prevedendo il continuo aggiornamento del presente piano, per quanto non qui già indicato, si rimanda alla procedura aziendale IO07PRCIO014 "MISURE ORGANIZZATIVE E GESTIONALI PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS SARS-CoV-2 PER "CORONAVIRUS" COVID-19" in coerenza con la letteratura scientifica, con l'andamento epidemiologico e con le indicazioni nazionali e regionali.

## 3.1 MACROAREA DI INTERVENTO: “ORGANIZZAZIONE GENERALE”

### 3.1.1 Unità di Crisi Aziendale

E' stato previsto con decreto del Direttore Generale di ASST Mantova n. 846 del 29 settembre 2022, ad oggetto “PIANO STRATEGICO-OPERATIVO DI PREPARAZIONE E RISPOSTA A UNA PANDEMIA INFLUNZALE (PANFLU 2021-2023) DELL'ASST DI MANTOVA E INDIVIDUAZIONE DELL'ORGANIGRAMMA DELL'EMERGENZA PANDEMICA”, uno specifico Organigramma di Emergenza Pandemica (Unità di Crisi Aziendale) dettagliandone compiti e responsabilità (catena di comando) e individuando per ciascun componente due sostituti.

Il succitato Decreto ha altresì approvato il Piano Strategico-Operativo di Preparazione e Risposta ad una Pandemia Influenzale (PANFLU 2021-2023) di ASST di Mantova, prevedendone periodica revisione / aggiornamento, da recepire mediante nuovo decreto del Direttore Generale ASST.

Tra i componenti dell'Unità di Crisi Aziendale è individuato come Responsabile dell'Emergenza Pandemica (REP) il Direttore Sanitario Aziendale, che nelle sue funzioni potrà avvalersi del CIO (Comitato Infezioni Ospedaliere). L'Unità di Crisi Aziendale individua gli operatori per l'inserimento dei dati negli applicativi regionali per assolvere al debito informativo funzionalmente alle rendicontazioni richieste.

Si deve precisare che, in riferimento ai flussi informativi, sulla base di indicazioni nazionali e regionali, potranno essere adattati ed implementati gli applicativi già esistenti, al fine di garantire completezza e tempestività d'aggiornamento, anche in funzione di analisi dati e loro rielaborazione ad uso interno.

ASST assicura, con il contributo del SIA e/o del Controllo di Gestione, collaborazione con la DG Welfare di Regione Lombardia, AREU e ATS della Val Padana per lo sviluppo / l'integrazione / l'armonizzazione di specifiche rilevazioni “ad hoc” ove necessario.

Questo nella necessità di condividere i dati di sorveglianza anche con Prefettura e Comuni del territorio (es. attivazione dei Centri di Coordinamento dei Soccorsi, CCS, supporto a strutture operative comunali e sovracomunali) e per la definizione delle reti regionali dei servizi sanitari per la gestione della pandemia, nonché per l'assistenza territoriale / distrettuale ed integrazione ospedale – territorio.

### 3.1.2 Formazione

Devono essere assicurate attività formative con periodici *refresh* in ambito di *infection prevention and control* (IPC) rivolte a tutto il personale e focalizzate su prevenzione delle infezioni correlate alla pratica assistenziale (ICPA) e gestione delle emergenze pandemiche, previa ricognizione dei fabbisogni formativi rilevate mediante report ad hoc in capo al Responsabile della Formazione Aziendale.

Si prevede inoltre, al termine dei periodici eventi formativi, nuova mappatura delle conoscenze, così da riorientare le successive edizioni di aggiornamento professionale in materia di gestione delle pandemie.

### 3.1.3 Piano di comunicazione

L'Unità di Crisi, funzionalmente all'andamento epidemiologico, individua:

- un addetto per la comunicazione interna affinché siano diffuse informazioni circa il quadro pandemico in atto e le decisioni aziendali assunte per il contenimento e la gestione dei contagi;
- un referente per la comunicazione esterna con particolare riferimento a: pazienti/utenti, visitatori/familiari e altri esterni, enti istituzionali (ATS, Regione, Prefettura, ecc.).

Si rimanda alla procedura aziendale PrS05SDI “Gestione della continuità operativa” per le modalità tecniche di comunicazione straordinaria in caso di emergenza.

### **3.1.4 Azioni in fase interpandemica**

In questa fase rimane vigente l'Organigramma ed il Funzionigramma aziendali derivanti dal POAS, inclusi i componenti del CIO.

Il REP, come sopra individuato, sovrintende alla stesura e alla revisione / aggiornamento (almeno con scadenza annuale) del PANFLU aziendale declinato nei vari scenari epidemiologici.

Rimane in capo alla S.C. Affari Generali e Controlli Interni la verifica semestrale della composizione dell'Organigramma e dei recapiti dei componenti.

Sono regolarmente svolte le attività proprie del CIO, con particolare riferimento al monitoraggio e alla prevenzione delle ICA.

È effettuata la valutazione delle competenze necessarie alla gestione della pandemia e la loro mappatura con periodica ricognizione (almeno con scadenza annuale).

Si deve prevedere nel Piano Formativo Aziendale specifica formazione sulle Infezioni Correlate alle Pratiche Assistenziali (ICPA), sulle Infection Prevention and Control (IPC) e per le emergenze pandemiche.

Si deve provvedere all'aggiornamento annuale del piano aziendale di comunicazione del rischio con recepimento dell'omologo piano nazionale e successiva diffusione interna, nonché all'aggiornamento delle procedure di comunicazione istituzionale e comunicazione interna.

L'Unità di Crisi Aziendale, funzionalmente all'andamento epidemiologico, identifica un pool di referenti della comunicazione istituzionale in risposta ad eventi e comportamenti che costituiscono una minaccia per la sanità pubblica da individuare nell'ambito del Servizio URP, della Psicologia Clinica e della Direzione Medica di Presidio con il coordinamento dell'area Ufficio Stampa e Comunicazione dell'ASST, che provvederà poi ad alimentare il flusso di informazioni attraverso i vari canali istituzionali.

Per il mantenimento delle comunicazioni tra operatori e familiari, il Direttore / Responsabile di ogni reparto di degenza e dei Pronto Soccorsi individuano una figura che assicuri la trasmissione di informazioni puntuali e periodiche sullo stato di salute dei pazienti.

Lo svolgimento delle visite da parte dei familiari avverrà secondo regole definite dalle Direzioni Mediche di Presidio, tenuto conto dell'andamento epidemiologico, consultabili sul sito internet aziendale, mediante cartellonistica e attraverso tutti i canali mediatici ufficiali dell'ASST. In ogni reparto si individua come ambiente adibito alla visita parenti in prima scelta la sala soggiorno in condizioni di sicurezza (es. schermo in plexiglass o assicurando l'utilizzo dei DPI di efficacia riconosciuta).

L'adozione di modalità alternative alle visite in presenza, quali videochiamate, è promossa e garantita con l'ausilio degli Operatori di Reparto.

### **3.1.5 Azioni in fase di allerta pandemica**

A seguito della dichiarazione ministeriale di allerta pandemica, il Direttore Generale attiva l'Unità di Crisi Aziendale.

Il REP, in relazione agli scenari epidemiologici, procederà a graduare, con modulazione di priorità, le azioni successive del PANFLU, prevedendo convocazioni periodiche dei componenti l'Unità di Crisi.

Il CIO fornisce supporto al REP nell'analisi della documentazione scientifica ed epidemiologica mediante revisione della letteratura nazionale/internazionale e proveniente da WHO, Ministero, ISS, Regione Lombardia, Comitato pandemico Regionale e ATS della Val Padana.

Si attivano corsi di aggiornamento per il personale, relativamente alla specifica allerta pandemica, con contenuti aggiornati sull'agente patogeno di interesse, sulle modalità di trasmissione, sulla prevenzione e sulle terapie, con coordinamento in capo al Servizio Formazione Aziendale. Tramite applicativo Talete si assicura la diffusione delle aggiornate procedure aziendali in relazione al corretto uso dei DPI e, se necessario, si attivano percorsi formativi di addestramento all'uso, sia frontali che a distanza.

Si deve allertare il pre-identificato *pool* di esperti di comunicazione in risposta ad eventi e comportamenti minaccianti per la sanità pubblica e coinvolgerli nelle prime comunicazioni del rischio relativo all'allerta, attivando sin da subito i canali predisposti per la comunicazione interna, dando adeguata informazione delle condizioni di allerta.

È necessario attuare *refresh* e sensibilizzazione a tutti gli operatori relativamente alle modalità organizzative per la garanzia di comunicazione e informazione ai familiari dei parenti in tutti i *setting*, verificando la disponibilità di quanto predisposto a tale scopo in fase interpandemica.

### **3.1.6 Azioni in fase pandemica**

A seguito della dichiarazione di emergenza pandemica da parte degli organi competenti e in base agli impatti degli scenari epidemiologici sulle attività aziendali, il REP dispone e monitora l'attuazione delle azioni in tutte le ulteriori Macroaree del Piano.

L'Unità di Crisi e il REP forniscono rendicontazione costante delle attività intraprese.

Il REP attiva e supervisiona il processo di comunicazione interna anche mediante l'emanazione di un "Bollettino dell'Unità di Crisi", che dovrà essere messo a disposizione di tutte le articolazioni aziendali, avvalendosi dell'Area Comunicazione.

Il REP attiva e supervisiona anche il processo di comunicazione esterna e la gestione dei flussi informativi con le Autorità e gli Enti esterni, attivando tutti gli strumenti di comunicazione istituzionale previsti in collaborazione anche con altri organi sanitari e di protezione civile.

In relazione alle misure decise dall'Unità di Crisi sulla eventuale limitazione agli accessi per visitatori e parenti vanno massimamente rafforzate le comunicazioni mediante strumenti alternativi sia di comunicazione con il paziente che di informazione sulle condizioni di salute.

### **3.1.7 Azioni in fase di transizione**

In questa fase il REP predisponde un graduale ritorno alla regolarità delle attività aziendali in relazione all'andamento epidemico.

Il REP, anche mediante confronto con il CIO, promuove eventuali aggiornamenti e revisioni del PANFLU.

Si devono effettuare continui *refresh* formativi aggiornando i percorsi alla specifica evoluzione pandemica e alla conseguente revisione graduale di utilizzo di DPI.

Seguendo sia le disposizioni nazionali e regionali che le valutazioni del REP, deve essere favorita ed accompagnata con campagne di formazione e comunicazione la rimodulazione degli accessi a favore delle visite in presenza di familiari o aventi diritto. È altresì necessario che la regolamentazione e la riattivazione di visite in presenza sia accompagnata da un'adeguata comunicazione del rischio e delle necessità di rispetto di misure elevate di IPC con contestuale mantenimento in funzione delle modalità alternative alla presenza.

### 3.2 MACROAREA DI INTERVENTO: “IGIENE EDILIZIA E DEGLI AMBIENTI”

I percorsi, gli spazi, i locali e le relative destinazioni d’uso devono essere riorganizzati in modo da garantire l’erogazione di attività anche per i pazienti non infetti, in condizioni di sicurezza prevenendo, quindi, la diffusione dei contagi. Specifica riorganizzazione delle procedure deve essere definita anche per le attività erogate a domicilio, pur trovandosi gli operatori ad intervenire in ambienti non in capo ad ASST, così da limitare il più possibile la pressione sulle strutture sanitarie di ricovero e cura.

Una pandemia influenzale, infatti, genera un notevole sovraccarico in svariati settori del sistema sanitario, rendendo necessarie ulteriori risorse per la sua gestione. A seconda delle caratteristiche del nuovo virus pandemico, aumenta in misura massiccia il ricorso alla diagnostica di laboratorio e per immagini, la domanda di assistenza domiciliare, il fabbisogno di posti letto nei vari livelli di intensità assistenziale ospedalieri (in particolare quelli di emergenza-urgenza) e di servizi sanitari territoriali.

In pandemia può rendersi necessaria altresì una riorganizzazione ed implementazione delle metodiche diagnostiche per la ricerca e l’identificazione del patogeno con revisione delle piattaforme laboratoristiche, tenuto conto anche della complessità dei sistemi analitici/strumentali.

In tutte le fasi della pandemia la funzionalità dei servizi sanitari deve essere garantita al miglior grado possibile, in modo da limitare – per quanto consentito dalle dimensioni del fenomeno – il suo impatto diretto e indiretto sullo stato di salute della popolazione. Oltre ai servizi per il trattamento dei pazienti affetti da influenza pandemica, devono essere garantiti i servizi sanitari per altri tipi di cure critiche ed essenziali, in particolare per i gruppi vulnerabili come:

- i grandi anziani;
- le donne in gravidanza;
- le persone affette da malattie rare;
- le persone affette da patologie psichiatriche o nell’area delle dipendenze;
- i minori con disturbi nell’ambito della neuropsichiatria;
- le persone con comorbidità severe, neoplasie maligno immunodeficienze;
- le persone con disabilità motoria o sensoriale;
- le persone senza fissa dimora o che vivono in condizioni di particolare fragilità sociale;
- le persone in detenzione o in residenza per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS);
- i migranti e i richiedenti asilo;
- le persone in fase terminale della vita.

Le eventuali riorganizzazioni dei reparti e servizi devono prevedere aree e percorsi “puliti” destinati alle suddette fattispecie di pazienti/utenti non affetti da influenza pandemica.

Tutelate quindi:

- la diagnostica e la cura (chirurgia/chemioterapia/radioterapia) per le neoplasie maligne oltre ai percorsi di screening (colon retto, mammella, cervice uterina);
- il percorso di gravidanza e nascita e di interruzione di gravidanza, anche mediante i servizi consultoriali;
- le attività di dialisi;
- la presa in carico nei consueti setting (sia ospedalieri che territoriali) della salute mentale dell’adulto e del paziente pediatrico, nonché delle dipendenze (SERD);
- le cure palliative sia residenziali che domiciliari;
- l’assistenza domiciliare integrata (ADI) con integrazione dei servizi sociali (es. SAD a favore dei pazienti non trasportabili e/o senza rete familiare);

- la somministrazione dei vaccini secondo le abituali schedule come da calendario vaccinale, eventualmente implementate per il patogeno responsabile della pandemia, secondo criteri di priorità e modalità d'accesso definite a livello ministeriale / regionale, ovvero con partecipazione di ASST a tavoli tecnici indetti dalla Dg Welfare e da ATS della Val Padana.

Tenuto conto della necessità di rimodulare le restanti attività sanitarie di elezione, si prevede l'assegnazione di contingenti minimi di personale ad esse dedicato, orientando l'offerta nel rispetto almeno della classe di priorità P (entro 120 giorni) per il setting ambulatoriale e della classe di priorità D (entro 12 mesi) per le prestazioni di ricovero.

Con scadenza triennale, potrà aggiornarsi la suddetta rimodulazione valutando i volumi medi di attività rese per classi di priorità.

Quanto sopra in coerenza di possibili aggiornamenti della rete Hub & Spoke e dei piani ospedalieri di riordino disposti da Regione Lombardia.

L'attività di emergenza-urgenza, cui può seguire anche eventuale attività riabilitativa (es. frattura femore, ictus, intervento cardiocirurgico o toracico,...) dovrà essere garantita sia per pazienti positivi al patogeno che negativi con percorsi separati.

ASST garantisce la partecipazione alla rete delle terapie intensive regionali per la sorveglianza epidemiologica e virologica, così da monitorare anche le forme di influenza e contribuire alla messa a disposizione di posti letto secondo i bisogni locali e regionali (al riguardo si rimanda al "Piano di Prevenzione delle sindromi respiratorie 2023/2024" allegato 1 alla DGR 1125/2023, vedi oltre).

Ai sensi dell'art. 2 del DL n. 34/2020 e s.m.i. è programmato un potenziamento strutturale delle dotazioni ospedaliere sino al raggiungimento dello standard obiettivo regionale di 0,14 posti letto per 1.000 abitanti di Terapia Intensiva.

Le regioni, inoltre, devono riqualificare i loro posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50 per cento di questi posti letto, è prevista la possibilità di immediata conversione in posti letto di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. Per quanto sopra indicato, nelle more della riclassificazione dell'accreditamento delle Terapie Intensive / Semintensive, si ipotizzano i seguenti scenari con misure farmacologiche applicate:

- I. Scenario di gravità dell'epidemia:  $R_0 < 1,4$ : rimane in uso l'attuale dotazione di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva:
  - a. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. di Mantova: 14 posti letto (di cui 8 in isolamento respiratorio);
  - b. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. Borgo Mantovano: 4 posti letto (di cui 1 in isolamento respiratorio)
  - c. Semintensive: tot. 18 posti letto
    - i. da UTIR P.O. Mantova: 5 posti letto,
    - ii. da UTIC P.O. Mantova: 8 posti letto,
    - iii. da UTIC P.O. Borgo Mantovano: 0 posti letto
    - iv. da STROKE P.O. Mantova: 5 posti letto
  
- II. Scenario di gravità dell'epidemia:  $R_0 \geq 1,4$  e  $< 1,7$ : si incrementa la dotazione di posti letto di terapia intensiva di 6 posti letto:

- a. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. di Mantova: 18 posti letto (incremento di +4 presso gli attuali locali di T.I.)
  - b. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. Borgo Mantovano: 6 posti letto (incremento di +2 presso gli attuali locali di T.I.)
  - c. Semintensive: tot. 18 posti letto
    - i. da UTIR P.O. Mantova: 5 posti letto,
    - ii. da UTIC P.O. Mantova: 8 posti letto,
    - iii. da UTIC P.O. Borgo Mantovano: 0 posti letto
    - iv. da STROKE P.O. Mantova: 5 posti letto
- III. Scenario di gravità dell'epidemia:  $R0 \geq 1,7$ : si incrementa la dotazione di posti letto di terapia intensiva di 19 posti letto e di semintensiva di 4 posti letto:
- a. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. Mantova: 40 posti letto (ulteriore incremento di + 13 in ex TIN e +5 da conversione di UTIR + 4 da postazioni presso recovery room del Blocco Operatorio 2)
  - b. Rianimazione e Terapia Intensiva P.O. Borgo Mantovano: 8 posti letto (ulteriore incremento di +2 presso gli attuali locali di T.I.)
  - c. Semintensive: tot. 17 posti letto
    - i. da UTIC P.O. Mantova: 8 posti letto,
    - ii. da STROKE P.O. Mantova: 5 posti letto
    - iii. da UTIC P.O. Borgo Mantovano: 4 posti letto (incremento di + 4 presso gli attuali locali di cardiologia)

Le suddette attivazioni/trasformazioni sono da intendersi modulari e progressive e subordinate alla disponibilità di personale e all'esigenza contingente di coortizzazione ed eventuale integrazione di apparecchiature potrà realizzarsi anche mediante noleggi. Le attività ordinarie ed in urgenza dovranno essere garantite con la possibilità di accogliere sia pazienti infetti che non infetti modulando le degenze a disposizione in base alla domanda e tenuto conto dei profili di rischio di contagio (ad esempio: pazienti in ossigenoterapia o con ridotta compliance alle misure igieniche, ecc.), piuttosto che limiti strutturali (ad esempio: stanze con servizio igienico in condivisione o strutture con impossibilità agli isolamenti, ecc.).

	<i>I Scenario</i>	<i>II Scenario</i>	<i>III Scenario</i>
<b>Indicatore R0</b>	<b><math>R0 &lt; 1,4</math></b>	<b><math>R0 \geq 1,4</math> e <math>&lt; 1,7</math></b>	<b><math>R0 &gt; 1,7</math></b>
<b>Posti letto di T.I. ASST</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>48</b>
PP.LL. T.I. Presidio Mantova	14	18	40
PP.LL. T.I. Presidio Borgo Mantovano	4	6	8
<b>Posti Letto Semintensivi ASST</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>17</b>
PP.LL. Semintensivi Presidio Mantova	18	18	13
PP.LL. Semintensivi Presidio Borgo Mantovano	0	0	4

In particolare, potranno essere rivisti:

- percorsi per ingressi/uscite;
- percorsi pulito/sporco;
- percorsi accessi visitatori/parenti/altri soggetti esterni;
- locali/aree per visite parenti con idoneo distanziamento;
- locali destinati a degenze per isolamento e quarantene;
- locali/spazi per vestizione/svestizione.

Salvo diverse indicazioni ministeriali, per le sale d'attesa si prevede un distanziamento delle sedute di almeno un metro e per le stanze di degenza si prevede un distanziamento "sponda-sponda" dei letti di almeno un metro.

Nell'ambito delle riformulazioni strutturali di emergenza rapidamente allestibili, oltre a quelle derivate da conversione di locali con altra destinazione d'uso, sono previste strutture mobili quali:

- n.2 containers adiacenti al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero di Mantova ad uso ambulatori ed osservazione di P.S. per pazienti adulti (sino ad un massimo di 14 postazioni), attualmente già allestiti;
- n.1 container adiacente a locali della Pediatria del Presidio Ospedaliero. di Mantova ad uso ambulatori ed osservazione di P.S. per pazienti in età pediatrica (sino ad un massimo di 2 postazioni), attualmente già allestito;
- n.1 tensostruttura per area attesa accompagnatori utenti del Pronto Soccorso del P.O. di Mantova, attualmente già allestita;
- altre strutture mobili, del tipo container, da allestire presso il Pronto Soccorso di Borgo Mantovano ed il Pronto Soccorso di Asola ad uso ambulatori ed osservazioni di P.S. (con moduli con 2 postazioni ciascuna);
- altre strutture mobili da allestire per eventuale erogazione di attività diagnostica (es. tamponi) o vaccinale nel territorio di ASST Mantova.

Saranno predisposti accessi e varchi per tutte le strutture (anche territoriali) e sarà previsto presidio nelle fasce diurne di maggior accesso dal personale (di vigilanza o altro personale tecnico o volontari appositamente formati) al fine di individuare eventuali soggetti sintomatici o con condizioni di rischio per infezione da agente in oggetto (es. misurazione temperatura) e distribuzione DPI previsti.

Le attività domiciliari saranno garantite sia per i pazienti positivi che negativi al patogeno secondo procedure a tutela della sicurezza di operatori e pazienti (vestizione/svestizione agli accessi, sanificazione dei mezzi di trasporto, triage telefonico) e, laddove disponibili, con equipés di operatori differenziate.

Devono essere coordinate dalle Direzioni Mediche di Presidio le necessarie attività, con eventuali modifiche in caso di emergenze pandemiche, in tema di:

- manutenzioni impiantistiche;
- sanificazione e disinfezione ambientale, automezzi aziendali e strumentario;
- smaltimento rifiuti;
- attività lavanolo;
- preparazione e distribuzione pasti, trattamento stoviglie.

Devono essere aggiornate e attivate procedure di gestione e trattamento delle salme in relazione allo specifico agente patogeno con l'ausilio della S.S. Medicina Legale.

Deve essere previsto, per numerosità di decessi superiore alla consueta capienza delle camere mortuarie, l'ampliamento temporaneo in sicurezza delle stesse anche per accoglienza di decessi avvenuti in pubblica via.

Si individuano in prima battuta i seguenti spazi in emergenza:

- locale culto / cappella adiacente alle Camere Mortuarie (capienza massima sino a 50 salme)
- locali n. 41 e n. 42 presso il piano interrato (-1) del Blocco A (capienza massima sino a 100 salme)

Entrambi i suddetti spazi sono dotati di ventilazione naturali e possono essere climatizzati con apparecchiatura portatile. Per quanto riguarda i locali presso il piano interrato si precisa che gli stessi sono raggiungibili con montacarichi del blocco A e dall'esterno. In via emergenziale ulteriore potrà essere valutato il ricorso a morgue esterne.

### 3.2.1 Azioni in fase interpandemica

In questa fase permangono attive e vigenti planimetrie e distribuzione spazi e percorsi come da assetto di accreditamento aziendale.

È necessario procedere agli eventuali aggiornamenti organizzativi con particolare riferimento a:

- 1) Predisposizione di posti letto di Terapia Intensiva e Subintensiva come sopra indicato;
- 2) Revisione dei percorsi, favoriti da costante attività formativa degli operatori sulle ICP, garantendo in ogni reparto o *setting* di cura la possibilità di accogliere sia pazienti infetti che non infetti. Ciò considerando:
  - a. posti letto di degenze e locali per attività ambulatoriali da rendere disponibili in base all'andamento della domanda di prestazioni sia per i casi che per i soggetti negativi;
  - b. profili di rischio di contagio;
  - c. limiti strutturali dei locali interessati.

3) graduale implementazione degli spazi dedicati all'accoglienza salme e aggiornamento delle procedure di gestione delle salme come sopra indicato

Tutto quanto sopra deve essere valutato per ciascuna Struttura/Unità di Offerta e devono essere elaborati i piani di rimodulazione affiancando alle azioni previste:

- elaborati grafici planimetrici coerenti (Elaborati Grafici di Emergenza - EGE), la cui predisposizione verrà ultimata a conclusione dei cantieri attualmente attivi in più sedi aziendali,
- variazioni conseguenti sui fabbisogni di personale ed eventuali rimodulazioni dei profili di rischio,
- aggiornamento coerente dei piani di: manutenzione impiantistica, sanificazione e disinfezione ambientale, smaltimento rifiuti, attività di lavanolo, preparazione pasti e trattamento stoviglie.

È essenziale una reportistica a frequenza quotidiana relativa al tasso di occupazione di posti letto di terapia intensiva, semintensiva, di reparti per acuti e subacuti oltre ad una determinazione in tempo reale di parametri utili alla stima del sovraffollamento dei PS dei tre Presidi Ospedalieri (National Emergency Department Overcrowding Study - NEDOCS e tempo di *boarding*). La stessa reportistica dovrà includere anche i nuovi posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva come da DL n. 34/2020.

### 3.2.2 Azioni in fase di allerta pandemica

In questa fase, in base alla tipologia di allerta ed alle specifiche caratteristiche del patogeno coinvolto, sentito il REP e l'Unità di Crisi, si predispongono, con attivazioni parziali e adeguamenti progressivi, ulteriori posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva, nonché l'aggiornamento dei percorsi di ricovero e dell'offerta ambulatoriale oltreché per la medicina necroscopica (vedi sopra)

Le attività di reportistica vengono richieste a una frequenza maggiore.

### 3.2.3 Azioni in fase pandemica

In questa fase è prevista un'attuazione modulare, governata da REP e Unità di Crisi, circa le azioni possibili e predisposte nella fase precedente. Tutte le azioni saranno attivate a livelli di allerta e di criticità sostenibili così come previsto dal PANFLU aziendale.

### 3.2.4 Azioni in fase di transizione

Il REP, sulla base dei quadri epidemiologici in *deescalation*, guida il modulare rientro verso l'assetto organizzativo pre-pandemico con chiusure o riconversioni di eventuali percorsi o posti letto attivati in fase pandemica.

### 3.3 MACROAREA DI ATTIVITÀ: “GESTIONE E SICUREZZA DEI LAVORATORI”

#### 3.3.1 Gestione del personale

Sono definiti gli standard qualitativo e quantitativo minimi necessari per la gestione delle attività essenziali, prevedendo piani di continuità operativa in base alla percentuale di assenza degli operatori. In particolare, devono essere individuate le modalità, anche in via straordinaria, per il reperimento di personale sul mercato del lavoro o mediante accordi con altri Enti, qualora non possibili trasferimenti intra-aziendali.

Devono essere definite procedure per la gestione dei volontari anche al fine di fornire da parte loro interventi supplementari in sicurezza.

Per quanto sopra indicato, si ipotizzano quale stima del fabbisogno di personale minimo necessario a livello delle singole strutture per la gestione dei servizi e delle funzioni essenziali i seguenti scenari con misure non farmacologiche applicate:

- I. Scenario di gravità dell'epidemia:  $R_0 < 1,4$ : si mantiene lo standard qualitativo e quantitativo del personale come da criteri di accreditamento per i servizi normalmente in attività,
- II. Scenario di gravità dell'epidemia:  $R_0 \geq 1,4$  e  $< 1,7$ : ricalcolo del fabbisogno di personale secondo un criterio di priorità, in particolare:
  - a. area dell'emergenza-urgenza e area della rianimazione e terapia intensiva e di sala operatoria: mantenere invariato lo standard qualitativo e quantitativo
  - b. rimanenti attività: riduzione fino ad un massimo del 25% dello standard quantitativo del personale sanitario e di interesse sanitario, secondo criteri che tutelino la sicurezza per pazienti e operatori in accordo con il Responsabile di Struttura Complessa e il DAPSS
- III. Scenario di gravità dell'epidemia:  $R_0 \geq 1,7$ : ricalcolo del fabbisogno di personale secondo un criterio di priorità, in particolare:
  - a. area dell'emergenza-urgenza e area della rianimazione e terapia intensiva e di sala operatoria: potrà essere valutata la riduzione dello standard quantitativo fino ad un massimo del 20% secondo criteri che tutelino la sicurezza per pazienti e operatori in accordo con il Responsabile di Struttura Complessa e il DAPSS
  - b. rimanenti attività: potrà essere valutata la riduzione dello standard quantitativo fino ad un massimo del 33%, secondo criteri che tutelino la sicurezza per pazienti e operatori in accordo con il Responsabile di Struttura Complessa e il DAPSS

E' previsto l'aggiornamento triennale della stima del fabbisogno di personale aggiuntivo con l'identificazione di eventuali ruoli sostituibili con personale da altri settori e/o con volontari qualificati e comunque nel rispetto della normativa vigente per l'esercizio delle professioni sanitarie per le attività medico-chirurgiche sarà privilegiato il criterio dell'equipollenza delle specializzazioni.

Sarà altresì possibile prevedere una rimodulazione delle attività sanitarie in elezione salvaguardando quelle ritenute essenziali / improcrastinabili (vedi sopra) con recupero di operatori sanitari e di interesse sanitario da destinare alle attività non sospensibili.

Il trasferimento del personale così recuperato dovrà essere adeguatamente formato per le nuove attività a cui verrà destinato (vedi piano formativo Panflu), privilegiando, dove possibile, assegnazioni in aree con intensità di cure e discipline omogenee ovvero prevedendo sempre l'affiancamento in turno con operatori esperti e previa verifica dell'idoneità alla mansione.

Per progressiva riduzione delle risorse umane a causa di contagi, dovranno essere previste nell'ordine:

1. riassegnazione degli Operatori secondo i criteri sopra indicati
2. attivazione di contratti di lavoro temporanei mediante cooperative o contratti di libera professione / co.co.co.

3. reclutamento di operatori volontari di interesse sanitario e socio-sanitario anche collocati a riposo
4. attivazione di convenzioni con altri Enti Pubblici del SSN, Protezione Civile e Forze Armate
5. attivazione di convenzioni con Enti Privati Sanitari e Socio-Sanitari
6. reperimento di personale dall'estero previo riconoscimento di Regione Lombardia dei titoli professionali acquisiti in Paesi non Europei

In tutte le articolazioni di lavoro sanitario e amministrativo/tecnico deve essere favorito il supporto da volontari, garantendone formazione (vedi piano formativo Panflu) e sicurezza (fornitura DPI e informazioni al loro utilizzo e alle principali IPC,...).

Vengono previste attività volte alla promozione di volontariato da attivare in caso di necessità, in particolare di caregiver volontari, previa adeguata formazione e addestramento.

### **3.3.2 DVR e DUVRI**

Devono essere appositamente aggiornati il DVR e il DUVRI per eventi pandemici (virus dell'influenza stagionale o per un patogeno "X" simile a SARS-CoV-2).

### **3.3.3 Idoneità e sorveglianza sanitaria**

Oltre a verificare i criteri di idoneità degli operatori devono essere previste schedule di sorveglianza sanitaria modulate secondo il livello di rischio professionale e gli scenari del rischio pandemico.

Si prevedono campagne informative / formative per la promozione delle vaccinazioni rivolte al personale ospedaliero.

### **3.3.4 Misure di prevenzione e protezione del personale**

Devono essere assicurate tutte le misure di prevenzione e protezione del personale modulate secondo il livello di rischio professionale e gli scenari del rischio pandemico ovvero secondo le raccomandazioni ministeriali e le disposizioni regionali. Oltre alla formazione al corretto utilizzo dei DPI forniti dalla ASST, deve essere fatta adeguata formazione per la prevenzione delle ICA e quindi al rispetto delle precauzioni standard negli ambiti assistenziali sia del Polo Ospedaliero che quello Territoriale, incluso il domiciliare (vedi piano formativo Panflu).

### **3.3.5 Azioni in fase interpandemica**

In questa fase devono essere garantiti i requisiti di minutaggio e il mix di figure professionali come da accreditamento, aggiornando il fabbisogno per volumi e tipologia dell'offerta e definendo, in casi di assenze impreviste di personale, la riorganizzazione dei turni per garantire la continuità dell'assistenza (vedi sopra).

Devono essere inoltre disponibili DVR e DUVRI aggiornati come da normativa e deve essere assicurato quanto previsto dal D.Lgs. 81/2008 e s.m.i.

L'RSPP, con il contributo del Medico Competente, assolve alle funzioni di prevenzione e protezione del personale, aggiornando i DPI necessari secondo le attività svolte dagli operatori e prevedendo l'uso di mascherina in periodi di influenza stagionale.

Particolare attenzione deve essere posta nei confronti di personale esterno che effettua attività presso la ASST.

### **3.3.6 Azioni in fase di allerta pandemica**

Deve essere attivata una costante ricognizione delle potenziali criticità di personale con sufficiente margine di garanzie degli standard, per garantire la continuità operativa e l'eventuale rafforzamento del personale collocato presso i servizi essenziali specificamente individuati.

Elaborando prospetti cumulativi e nel rispetto della privacy, il Medico Competente ed il RSPP devono tenere informata l'Unità di Crisi circa l'andamento delle assenze per malattie superiori alla media del periodo ed attivare sistemi di costante aggiornamento delle situazioni di eventuali contagi tra il personale.

Devono essere attuate a favore del personale le campagne di educazione sui possibili rischi e promozione di misure preventive e protettive, comprensive di eventuali vaccinazioni (vedi piano formativo Panflu).

Il Medico Competente potrà valutare rafforzamenti di percorsi di sorveglianza sanitaria e, in collaborazione con l'RSPP, valutare le condizioni di potenziale maggiore esposizione a rischi professionali.

Devono essere coordinate eventuali predisposizioni di scorte di DPI/DM a rafforzamento della protezione dei lavoratori (vedi oltre)

### **3.3.7 Azioni in fase pandemica**

A garanzia della continuità operativa dei servizi essenziali e in base alla percentuale di assenza degli operatori, devono essere attivate tutte le misure per l'attuazione di trasferimenti intra-aziendali di personale, di urgente e straordinario reperimento di ulteriori figure professionali sul mercato del lavoro o mediante accordi con altri Enti (vedi sopra). Deve essere, altresì, promosso il coinvolgimento dei volontari.

Il Medico Competente dovrà fornire aggiornamenti, possibilmente settimanali, relativamente all'andamento dei contagi tra il personale. Con il contributo dell'Ufficio rilevazione presenze devono essere monitorate le assenze non programmate con livello di approfondimento almeno per età, genere e Strutture di appartenenza.

Oltre all'aggiornamento delle verifiche dei criteri di idoneità, devono essere governate, in maniera modulare rispetto al livello di rischio professionale ed allo scenario epidemico specifico, le schedule di sorveglianza sanitaria, favorendo tutte le misure di protezione, prevenzione e screening per i lavoratori con dimostrata efficacia in coerenza con le disposizioni nazionali e regionali ovvero con le linee guida delle Società Scientifiche di riferimento.

### **3.3.8 Azioni in fase di transizione**

In accordo con il REP e sulla base dell'aggiornamento delle procedure rispetto alle indicazioni ministeriali e regionali, in questa fase è di fondamentale importanza graduare nuovamente strumenti e modalità di protezione dei lavoratori e di sorveglianza sanitaria. Le disposizioni normative devono essere contestualizzate agli effettivi livelli di esposizioni differenziati al rischio per *setting* di cura e suscettibilità individuale nel rispetto del principio di precauzione. Il Medico Competente e l'RSPP possono avvalersi del supporto scientifico del CIO.

### **3.4. MACROAREA DI ATTIVITÀ: “GESTIONE PAZIENTI/UTENTI”**

#### **3.4.1 Ingresso pazienti/utenti**

Sono definite procedure per l'ingresso di pazienti/utenti che afferiscono sia al Polo Ospedaliero che al Polo Territoriale con particolare riferimento ai seguenti setting:

- pronto soccorso;
- ambulatori;
- ricoveri diurni;
- ricoveri ordinari (in emergenza e in elezione);
- comunità d'offerta residenziale sociosanitaria.

Individuare accessi/varchi distinti per le entrate e le uscite laddove possibile oppure prevederne modalità di alternanza. In riferimento ai varchi si richiama quanto sopra espresso sul tema nella macroarea 2.

Se disponibili, test diagnostici/ di screening per l'identificazione di casi, nell'eventualità non fossero disponibili i suddetti test si dovrà regolamentare l'ingresso dei pazienti/utenti secondo criteri esclusivamente anamnestici (es. criteri epidemiologici e esposizione ad altri casi,...) e/o clinici (es. segni e sintomi sospetti).

Anche l'eventuale copertura vaccinale del paziente / utente potrà essere elemento di riferimento per organizzare ricoveri in coorti, oltre che per il trasferimento di pazienti tra setting/reparti diversi e per assicurare eventuali uscite temporanee programmate dei pazienti.

Analogamente potranno essere avviate procedure per la presa in carico di nuovi pazienti nel setting domiciliare (ADI e UCPDom).

#### **3.4.2 Sorveglianza sanitaria su pazienti/utenti**

Deve essere prevista la sorveglianza sanitaria in caso di contatti stretti o sintomatologia sospetta di infezione, con eventuale gestione di *cluster* intraospedalieri, tenuto conto delle indicazioni ministeriali e dei test diagnostici disponibili, aggiornando costantemente le relative procedure con contestuale formazione degli operatori (vedi piano formativo Panflu).

#### **3.4.3 Azioni in fase interpandemica**

In questa fase, ingressi/uscite devono essere coerenti con la planimetria dell'assetto accreditato, prevedendo eventuali modifiche nell'elaborato grafico di emergenza (vedi sopra 2.1)

Viene assicurata l'ordinaria attività di segnalazione di casi sospetti o confermati all'Ente preposto per i casi previsti.

#### **3.4.4 Azioni in fase di allerta pandemica**

Interpretando la specifica allerta diramata e quindi in base alle conoscenze scientifiche in questa fase disponibili, devono essere attivate progressivamente le tre procedure già citate:

- 1) Procedure per l'ingresso di pazienti/utenti che afferiscono sia al Polo Ospedaliero che al Polo Territoriale,
- 2) Procedure per il trasferimento di pazienti tra setting o reparti diversi e previsione di modalità di uscite temporanee programmate dei pazienti,
- 3) Procedure per la presa in carico di nuovi pazienti nel setting domiciliare.

### **3.4.5 Azioni in fase pandemica**

In base alle indicazioni di REP e Unità di Crisi, devono essere pienamente attuate le procedure avviate nella precedente fase, con modulazioni funzionali all'andamento epidemiologico.

Quanto sopra deve essere effettuato in conformità alla Macroarea di attività "Igiene edilizia ed ambientale" e con adeguamenti per lo specifico patogeno.

È necessaria, anche in questo ambito, la formazione del personale a garanzia della conoscenza e consapevolezza delle procedure citate.

### **3.4.6 Azioni in fase di transizione**

Il REP, sulla base dei quadri epidemiologici in *descalation*, guida il modulare rientro verso l'assetto organizzativo normale con graduale ripresa della gestione dei pazienti e utenti come in fasi pre-pandemiche.

### **3.5. MACROAREA DI ATTIVITÀ: “REGOLAMENTAZIONE ACCESSO VISITATORI ED ALTRI ESTERNI”**

#### **3.5.1 Regolamentazione accesso visitatori/parenti**

Devono essere definiti i criteri per l’accesso in sicurezza di visitatori/parenti in coerenza con la normativa vigente e gli scenari pandemici, rimandando alle attività di controllo previsti ai varchi (vedi sopra). L’Area Comunicazione provvede a mantenere aggiornate le informazioni in questo ambito sul sito aziendale e mediante i canali informativi istituzionali.

Quanto sopra deve essere effettuato con particolare riguardo per alcune categorie quali, ad esempio: pazienti nel fine vita, persone con disabilità, minori, donne in gravidanza, persone in detenzione o in residenza per l’esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), utenti con barriere linguistiche, ecc.

L’impedimento dell’accesso ai visitatori deve ritenersi un evento straordinario e comunque devono essere assicurate modalità alternative di comunicazione a distanza, fornendo adeguata informazione circa le decisioni assunte e la loro durata.

#### **3.5.2 Regolamentazione accesso di altri soggetti esterni**

Si prevede la regolamentazione degli accessi esterni (es. fornitori, ISF, *specialist*, ecc.) seguendo percorsi possibilmente dedicati ed orari di ingresso regolamentato, rimandando alle attività di controllo previsti ai varchi (vedi sopra).

#### **3.5.3 Azioni in fase interpandemica**

L’ingresso di visitatori/parenti e di altri soggetti esterni avviene secondo indicazioni aziendali articolate per fasce orarie, reparti di degenza e servizi sanitari e anche di altri locali non sanitari, rimandando alle attività di controllo previsti ai varchi (vedi sopra).

La comunicazione ai parenti dei pazienti o agli aventi diritto prevede chiara organizzazione in orari e modalità. L’Area Comunicazione provvede a mantenere aggiornate le informazioni in questo ambito sul sito aziendale e mediante i canali informativi istituzionali.

#### **3.5.4 Azioni in fase di allerta pandemica**

Devono essere continuamente aggiornati i percorsi e le misure di protezione e prevenzione per eventuali visitatori/parenti o soggetti esterni sulla base delle conoscenze relative allo specifico patogeno, nel rispetto delle indicazioni del REP.

#### **3.5.5 Azioni in fase pandemica**

Nel rispetto delle misure rafforzate di IPC e della rimodulazione dei percorsi igienici secondo gli scenari pandemici, l’impedimento dell’accesso ai visitatori deve ritenersi un evento straordinario, temporaneo e concordato con il REP. Tali impedimenti devono essere giustificati dall’evidenza di assenza di garanzie di percorso sicuro o per situazioni di *cluster* interni in fase di definizione o non controllati e affiancate da rafforzamento di misure di comunicazione e informazione alternative alle forme in presenza (vedi sopra).

Le misure di prevenzione e protezione, sia fisiche che organizzative, da applicarsi agli accessi di visitatori e soggetti esterni devono essere chiare, accompagnate da percorsi di comunicazione esterna e da visibile e comprensibile cartellonistica.

### 3.5.6 Azioni in fase di transizione

Il REP, sulla base dei quadri epidemiologici in *descalation*, delle specifiche informazioni relative ai singoli reparti, servizi e Unità di Offerta sociosanitarie (ad esempio tasso di contagi nel personale o ricorrenza e frequenza episodi di *cluster* interni), guida il modulare rientro verso l'assetto normale di gestione e regolamentazione di accessi con l'applicazione del generale principio di precauzione per IPC e usi di DPI/DM. Le valutazioni fatte dal REP terranno conto dei pareri dell'Unità di Crisi, del CIO, del RSPP e del Medico Competente.

### **3.6. MACROAREA DI ATTIVITÀ “APPROVVIGIONAMENTO E LOGISTICA”**

Tenuto conto dei dati scientifici disponibili in merito alla modalità di diffusione e virulenza dell’agente patogeno, devono essere assicurate e monitorate scorte di DPI/DM (inclusi i test diagnostici), anche avvalendosi di logistica centralizzata, utili ai fabbisogni di almeno di 3 mesi.

Devono essere assicurate e monitorate le disponibilità di scorte di ossigeno da impianto gas medicale, prevedendo anche eventuali integrazioni mediante bombole di ossigeno o il ricorso a concentratori d’ossigeno.

Quanto sopra in accordo con RSPP, Medico Competente e Risk Manager e in coerenza di quanto previsto all’art. 1 comma 264 della L. 30 dicembre 2021, n. 234 in riferimento alla scorta nazionale di DPI, mascherine chirurgiche, di reagenti e di kit di genotipizzazione.

Con riferimento ad eventuali scorte di farmaci specifici e altri dispositivi sulla base di definite attività (esempio test diagnostici), l’approvvigionamento dovrà avvenire mediante confronto con il C.I.O. e tenuto conto delle indicazioni scientifiche e/o ministeriali/regionali.

Tenuto conto delle funzioni rimesse alla ASST per il Distretto è garantita continua ricognizione delle risorse dei servizi di medicina di laboratorio (disponibilità di reagenti, plastiche, DPI, monitoraggio e manutenzione strumenti, personale di laboratorio formato in accordo con la DG Welfare di Regione Lombardia).

ASST adotta codifiche e sistemi di tracciabilità secondo indicazioni regionali / nazionali prevedendo le gestioni dei magazzini secondo protocollo First-In-First-Out (FIFO), tenuto conto anche della modalità di conservazione della data di scadenza e di programmazione della rotazione in caso di deposito centrale (si rinvia al modello in fieri del magazzino condiviso AREU / ASST / ATS).

#### **3.6.1 Azioni in fase interpandemica**

Tenuto conto di quanto sopra indicato, in questa fase devono essere definite le scorte minime per almeno 3 mesi calcolate con l’ipotesi di massimo consumo teorico nella condizione precedente alla pandemia COVID 19 di:

- mascherine chirurgiche/FFP2/FFP3;
- visiere;
- calzari;
- camici monouso;
- guanti;
- disinfettanti;
- gel idroalcolico.

Per le scorte dei materiali sopra indicati si prevedono le necessarie azioni di monitoraggio affinché non siano erose. Si rimanda alle singole schede tecniche per l’uso in sicurezza dei materiali e per la loro corretta manutenzione ed alle disposizioni in proposito dell’RSPP.

Inoltre, si rimanda all’Istruzione Operativa aziendale (IO07PRCIO14 - MISURE ORGANIZZATIVE E GESTIONALI PER IL CONTRASTO E IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL VIRUS SARS-CoV-2 PER “CORONAVIRUS” COVID-19) per i protocolli operativi di utilizzo di DPI nei diversi reparti / servizi in ordine al livello di rischio.

Circa le IPC, si rimanda, infine, alla Procedura (Protocollo PRCIO14 “Manuale di applicazione delle indicazioni per la Segnalazione, la Sorveglianza, la Profilassi delle malattie infettive e le Misure di Isolamento”), prevedendone l’aggiornamento anche alla luce della tipologia di patogeno, mediante l’effettuazione di corsi di aggiornamento (vedi sopra) si garantirà specifica formazione agli operatori.

### 3.6.2 Azioni in fase di allerta pandemica

In base allo specifico patogeno di cui all'allerta, ma anche valutandone le caratteristiche di trasmissività e patogenicità che le conoscenze scientifiche rendono disponibili, devono essere costantemente monitorate le scorte di cui al punto 6.1 e devono essere preallertate le catene di distribuzione a servizi e reparti.

In capo al REP e all'Unità di Crisi, supportati da CIO, da S.C. Farmacia e da S.C. Gestione Acquisti, nonché da RSPP e Medico Competente, sulla base delle disposizioni nazionali e regionali, resta la possibilità di ulteriore incremento degli ordini in fornitura.

Qualora per il patogeno di cui all'allerta già esistesse un vaccino con efficacia nota, in base a indicazioni ministeriali, regionali e di ATS, il REP, supportato dalla S.C. Vaccinazioni e dalla S.C. Farmacia, provvederà al governo di approvvigionamento e custodia in sicurezza, nonché alla predisposizione di un modello di distribuzione, secondo il principio di prossimità e/o di Hub & Spoke, garantendo anche la somministrazione a domicilio per i non deambulanti.

### 3.6.3 Azioni in fase pandemica

In questa fase devono essere predisposte azioni quotidiane di monitoraggio di tutte le scorte di cui al punto 6.1 ed eventualmente del vaccino.

A fronte di carenza e comunque raggiungimento di livelli di allerta, il REP autorizza la catena aziendale di aumento di fornitura in quantitativi di consegna e frequenze.

In caso di assoluta indisponibilità dei materiali di protezione sul mercato nazionale e mondiale, si dovrà valutare il ricorso al razionamento per classi di rischio professionale e/o di strumenti alternativi (esempio: mascherine di comunità) con un potenziamento di altre misure (esempio: incremento del distanziamento sociale), in accordo con RSPP, Medico Componente, CIO e Risk Manager.

L'indisponibilità assoluta di test diagnostici determina scelte di cura sul solo dato clinico e di *link* epidemiologico, con coartizzazioni di cautela.

In assenza di farmaci e vaccini efficaci, si devono avviare specifici *trial* clinici oltre a valutare il ricorso a trattamenti sintomatici.

### 3.6.4 Azioni in fase di transizione

Il REP, sulla base dei quadri epidemiologici in *descalation*, guida il ritorno graduale alla fase interpandemica, modulando comunque meccanismi di pronta disponibilità di incrementate scorte per fronteggiare eventuali recrudescenze.

## 4. INTEGRAZIONE DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI DEL POLO TERRITORIALE

### 4.1 Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze (DSMD)

Il DSMD di ASST di Mantova è articolato in una serie di sedi che formano una rete di servizi tra loro articolati e connessi riguardanti NPIA, Psichiatria, Dipendenze e Psicologia Clinica e Territoriale che offrono prestazioni in regime ambulatoriale, ambulatoriali e residenziali, solo per la psichiatria.

Nello specifico prevede cinque strutture Complesse: Psichiatria Mantova 1, Psichiatria Mantova 2, NPIA, Ser.D e Psicologia clinica e territoriale.

Al DSMD afferisce anche la SC Psichiatria Giudiziaria – REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza).

#### **S.C. Psichiatria Mantova 1**

La struttura applica interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione delle persone portatrici di disagio psichico e organizza gli interventi rivolti alla promozione e tutela della salute mentale della popolazione di riferimento (Distretto Alto Mantovano e Distretto Mantovano). Principio irrinunciabile, per una corretta operatività psichiatrica in ottemperanza agli indirizzi sanciti dalla legislazione vigente, è rappresentato da un forte investimento sull'attività territoriale nel rigoroso rispetto della continuità terapeutica che si esprime nella presa in carico di pazienti gravi secondo un modello integrato multi professionale. Ciò consente di lavorare in direzione dell'integrazione sociale e di ridurre lo stigma e la necessità di istituzionalizzazione protratta, con fenomeni impliciti di regressione e di emarginazione. Organizza il percorso di integrazione dei pazienti nel territorio avvalendosi di strutture che gestiscono i posti letto attraverso una offerta diversificata di intensità di cura (SPDC di Mantova, SPDC di Castiglione delle Stiviere, CRA Castel Goffredo, CRA Mantova, CPM Grazie, CPA Piccola Opera, CD di Caste Goffredo e di Mantova). Per quanto attiene le strutture psichiatriche territoriali (CPS di Mantova e di Castiglione delle Stiviere e Ambulatori decentrati - Residenzialità Leggere), il lavoro di rete è metodologia di intervento privilegiata; pertanto, la struttura ha rapporti costanti con istituzioni, terzo settore, forze dell'ordine. Gli interventi di emergenza/urgenza sulle 24 ore sono assicurati attraverso due distinti istituti:

- il servizio per le emergenze psichiatriche territoriali (nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 14.00 il sabato) garantito dal personale del CPS;
- la reperibilità presso i P.S. dei Presidi Ospedali Mantova e Castiglione delle Stiviere (nella fascia oraria notturna dalle 20.00 alle 8.00, sabato e giorni festivi dalle 14.00 alle 20.00).

Le CPA Corte Maddalena di Curtatone (15 posti letto) – via Leopoldo Pilla, 53, CPA San Cataldo di Borgoforte (15 posti letto) – via San Cataldo, 28 e la CPM Villa Angela di Mantova (5 posti letto) – via Trento, 25, sono accreditate nell'assetto organizzativo della SC U.O. Psichiatria Mantova 1, tramite apposita convenzione tra la ASST di Mantova e le Cooperative del privato sociale.

Alla struttura complessa afferiscono le seguenti strutture semplici:

#### **S.S Psichiatria Alto Mantovano**

La struttura risponde ai bisogni del Distretto Alto Mantovano attraverso le articolazioni di seguito riportate:

**CPS** (Castiglione delle Stiviere) – Centro Psico Sociale – via Garibaldi, 65: è la sede deputata alla formulazione del Progetto Terapeutico Individuale (PTI) sul singolo utente portatore di bisogni complessi nel percorso di presa in carico; garantisce inoltre una integrazione degli interventi tra le varie strutture (SPDC, CRA, CD, CPA, CPM, RL) dell'area territoriale di riferimento. Per ogni utente viene costituita una micro equipe multi professionale che provvede a

predisporre uno specifico PTI, la cui implementazione è perseguita dal case manager identificato. Oltre alla presa in carico del paziente, sono attuati i percorsi clinici previsti da Regione Lombardia quali consulenza e assunzione in cura.

**Residenzialità Leggera:** programmi rivolti al sostegno dell'autonomia acquisita dal soggetto e definiti sulla base dei bisogni dei singoli utenti, assimilabili ai programmi di media/bassa intensità riabilitativa, comprendono un ampio spettro di attività possibili, con particolare attenzione agli interventi di rete sociale.

**SPDC** (Castiglione delle Stiviere) con 9 posti letto – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura – via Garibaldi, 65: è deputato al trattamento in regime di degenza ospedaliera, volontaria o obbligatoria (TSO), delle condizioni di acuzie psicopatologiche. Si configura come funzionale al bisogno di contenimento e di risposta alle istanze regressive del paziente. Obiettivi del trattamento ospedaliero sono:

- riduzione della sintomatologia acuta, mediante un trattamento psico-farmaco terapeutico individualizzato,
- allontanamento del paziente da input stressanti o psicogeni,
- osservazione e rilevamento dei bisogni, della significatività degli elementi di deficit o di conflitto,
- elaborazione della condizione di crisi del paziente, condividendo con l'equipe del CPS una opportuna rivalutazione del progetto terapeutico.

**CRA** (Castel Goffredo) con 12 posti letto – Comunità Riabilitativa Alta Assistenza – via Ospedale, 38: attiva i programmi in regime di residenzialità o semiresidenzialità. La comunità realizza interventi riabilitativi e di risocializzazione finalizzati al consolidamento dell'io, all'acquisizione/riacquisizione delle competenze di base e interventi di trattamento residenziale post degenziale, finalizzati ad un passaggio graduale tra SPDC e domicilio. Per ogni utente viene stilato e sviluppato uno specifico PTI e PTR.

**CPA** Piccola Opera (Castiglione delle Stiviere) con 16 posti letto - Comunità Protetta Alta Assistenza – via Caraffe, 32: realizza i programmi in regime di residenzialità protetta. Gli obiettivi del trattamento sono finalizzati a:

- neutralizzare gli effetti della protratta istituzionalizzazione favorendo la separazione emancipazione da un contenitore istituzionale o comunque passivizzante,
- favorire la piena fruizione di una dimensione comunitaria e la possibilità di sperimentare un luogo connotato come "casa",
- recuperare competenze sociali per interagire con modalità più adattive nell'ambito delle relazioni interpersonali, tenendo in considerazione gli aspetti deficitari conseguenti alla patologia cronica invalidante.

Il CPA accoglie anche utenti territoriali del DSM, dimessi dalle REMS provvisorie, per i quali sono previsti progetti terapeutici mirati di presa in carico sul territorio da parte del CPS.

**CD** (Castel Goffredo) – Centro Diurno e ambulatori - via Ospedale, 38: attraverso la propria equipe multi professionale elabora e realizza Progetti Terapeutici Riabilitativi (PTR) e attività di risocializzazione, con interventi individuali e di gruppo, in regime semiresidenziale e comunitario. Particolare rilevanza è stata attribuita alla stretta correlazione operativa con l'equipe del CPS e della CRA, sia per garantire una essenziale continuità e coerenza dei singoli progetti terapeutici, sia per gestire situazioni di crisi che non necessitino di ricovero in SPDC. L'equipe realizza interventi:

- di risocializzazione in ambiente protetto,
- riabilitativi mirati all'acquisizione/riacquisizione di abilità di base, interpersonali, sociali,
- per attivare percorsi di autoesplorazione utilizzando il modello Relazione di Aiuto,
- di contenimento del paziente in una prima fase di crisi, scarsamente gestibile da parte della famiglia, pur senza allontanarlo dal contesto familiare e sociale.

### **S.S. Percorsi Riabilitativi Residenziali**

Governa i programmi terapeutico riabilitativi a medio termine e di risocializzazione, che richiedono la temporanea residenzialità del paziente in presidi di tipo abitativo con assistenza. La struttura si esprime attraverso le articolazioni organizzative sotto riportate:

**CRA (Mantova)** – Comunità Riabilitativa Alta Assistenza – con 14 posti letto – viale della Repubblica, 2/H: realizza i programmi in regime di residenzialità o semiresidenzialità. La comunità attiva interventi riabilitativi e di risocializzazione per il consolidamento dell'io, l'acquisizione /riacquisizione delle competenze di base; interventi di trattamento residenziale post degenziale per un passaggio graduale tra SPDC e domicilio; interventi di osservazione in ambiente residenziale protetto con una presa in carico consistente e contenitiva in grado in porsi quale "oggetto di fiducia" per pazienti psicotici. Per ogni utente viene stilato e sviluppato uno specifico PTI e PTR.

**CPM (Grazie di Curtatone)** – Comunità Protetta a Media protezione - con 9 posti letto – via Martiri dell'Aldriga, 2: gli obiettivi vengono concordati con la equipe del CPS, sono finalizzati al recupero di uno stile di vita e di adeguati comportamenti per una persona dell'età del singolo paziente nel rispetto delle caratteristiche e delle abitudini soggettive. Le attività svolte durante il soggiorno servono quindi a raggiungere gli obiettivi in uno o più dei seguenti ambiti: abilità di base; risocializzazione; inserimenti lavorativi. Per ogni utente viene stilato e sviluppato uno specifico PTR.

### **S.S. Continuità Ospedale Territorio**

La struttura risponde ai bisogni del distretto di Mantova attraverso le articolazioni di seguito riportate:

**CPS (Mantova)** – Centro Psico Sociale e ambulatori – viale della Repubblica, 2/H: è la sede deputata alla formulazione del Progetto Terapeutico Individuale (PTI) sul singolo utente portatore di bisogni complessi nel percorso di presa in carico; garantisce inoltre una integrazione degli interventi tra le varie strutture (SPDC, CRA, CD, CPA, CPM, RL) dell'area territoriale di riferimento. Per ogni utente viene costituita una micro equipe multi professionale che provvede a predisporre uno specifico PTI, la cui implementazione è perseguita dal case manager identificato. Oltre alla presa in carico del paziente, sono attuati i percorsi clinici previsti da Regione Lombardia quali consulenza e assunzione in cura.

Residenzialità Leggera: programmi rivolti al sostegno dell'autonomia acquisita dal soggetto e definiti sulla base dei bisogni dei singoli utenti; assimilabili ai programmi di media/bassa intensità riabilitativa, comprendono un ampio spettro di attività possibili, con particolare attenzione agli interventi di rete sociale.

**SPDC (Mantova)** – Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, con 15 posti letto – P.O. Mantova palazzina 9B: è deputato al trattamento in regime di degenza ospedaliera, volontaria o obbligatoria (TSO), delle condizioni di acuzie psicopatologiche. Si configura come funzionale al bisogno di contenimento e di risposta alle istanze regressive del paziente. Obiettivi del trattamento ospedaliero sono:

- Riduzione della sintomatologia acuta, mediante un trattamento psico-farmaco terapeutico individualizzato,
- allontanamento del paziente da input stressanti o psicogeni,
- osservazione e rilevamento dei bisogni, della significatività degli elementi di deficit o di conflitto,
- elaborazione della condizione di crisi del paziente, condividendo con l'equipe del CPS una opportuna rivalutazione del progetto terapeutico.

**CD (Mantova)** – Centro Diurno – viale della Repubblica, 2/H: attraverso la propria equipe multi professionale elabora e realizza Progetti Terapeutici Riabilitativi (PTR) e attività di risocializzazione, con interventi individuali e di gruppo, in regime semiresidenziale e comunitario. Particolare rilevanza è stata attribuita alla stretta correlazione operativa con l'equipe del CPS e della CRA, sia per garantire una essenziale continuità e coerenza dei singoli progetti terapeutici, sia per gestire situazioni di crisi che non necessino di ricovero in SPDC. L'equipe realizza interventi:

- di risocializzazione in ambiente protetto,
- riabilitativi mirati all'acquisizione/riacquisizione di abilità di base, interpersonali, sociali,
- per attivare percorsi di autoesplorazione utilizzando il modello Relazione di Aiuto,
- di contenimento del paziente in una prima fase di crisi, scarsamente gestibile da parte della famiglia, pur senza allontanarlo dal contesto familiare e sociale.

## **S.C. Psichiatrica Mantova 2**

La struttura è finalizzata all'applicazione di interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione delle persone portatrici di disagio psichico e all'organizzazione degli interventi rivolti alla promozione e tutela della salute mentale della popolazione di riferimento (Distretto Basso Mantovano e Distretto Oglio Po Casalasco Viadanese). Principio irrinunciabile, per una corretta operatività psichiatrica in ottemperanza agli indirizzi sanciti dalla legislazione vigente, è rappresentato da un forte investimento sull'attività territoriale nel rigoroso rispetto della continuità terapeutica che si esprime nella presa in carico di pazienti gravi secondo un modello integrato multi professionale. Ciò consente di lavorare in direzione dell'integrazione sociale e di ridurre lo stigma e la necessità di istituzionalizzazione protratta, con fenomeni impliciti di regressione e di emarginazione. Organizza il percorso di integrazione dei pazienti nel territorio avvalendosi di strutture che gestiscono i posti letto o la gestione quotidiana attraverso una offerta diversificata di intensità di cura (CRA Quistello, CPM "Loghino Marzole" di Suzzara, Residenze leggere, CD di Ostiglia e di Suzzara).

Per quanto attiene le strutture psichiatriche ambulatoriali territoriali (CPS di Quistello, CPS di Viadana e Ambulatori CPS di Suzzara e di Ostiglia), il lavoro di rete è una metodologia di intervento privilegiata; pertanto, la struttura ha rapporti costanti con istituzioni, terzo settore, forze dell'ordine.

Gli interventi di emergenza/urgenza sulle 24 ore sono assicurati attraverso due distinti istituti:

- il servizio per le emergenze psichiatriche territoriali (nei giorni feriali dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì e dalle ore 8.00 alle ore 14.00 il sabato) garantito dal personale del CPS;
- la pronta disponibilità presso P.S. del Presidio Ospedaliero di Borgo Mantovano (nella fascia oraria notturna dalle 20.00 alle 8.00, il sabato 14.00 alle 20.00 e la domenica e festivi dalle 8.00 alle 20.00).

Sono direttamente governate dalla struttura complessa le seguenti articolazioni:

**CPM Loghino Marzole (Suzzara)** – Comunità Protetta a Media protezione – con 9 posti letto – via Marzole, 4: gli obiettivi vengono concordati con la equipe del CPS, sono finalizzati al recupero di uno stile di vita e di adeguati comportamenti per una persona dell'età del singolo paziente nel rispetto delle caratteristiche e delle abitudini soggettive. Le attività svolte durante il soggiorno servono quindi a raggiungere gli obiettivi in uno o più dei seguenti ambiti: abilità di base; risocializzazione; inserimenti lavorativi. Per ogni utente viene stilato e sviluppato uno specifico PTI e PTR.

**CRA (Quistello)** – Comunità Riabilitativa Alta Assistenza – con 13 posti letto – via Oberdan, 1: attiva i programmi in regime di residenzialità o semiresidenzialità. La comunità realizza interventi riabilitativi e di risocializzazione finalizzati al consolidamento dell'io, all'acquisizione / riacquisizione delle competenze di base e interventi di trattamento residenziale post degenziale, finalizzati ad un passaggio graduale tra SPDC e domicilio. Per ogni utente viene stilato e sviluppato uno specifico PTI e PTR.

Alla struttura complessa afferiscono le seguenti strutture semplici:

### **S.S. Area Territoriale Di Viadana**

La struttura risponde ai bisogni dell'area viadanese attraverso le seguenti articolazioni:

Il **CPS** di Viadana – largo De Gasperi, 7, e il correlato ambulatorio di Bozzolo – P.O. Bozzolo, asse portante del sistema psichiatrico, è la sede in cui viene formulato il progetto terapeutico del singolo utente; l'equipe del CPS è deputata alla realizzazione di tale progetto, garantendo una integrazione degli interventi tra le varie strutture della UOP (SPDC, CRA, CPM, RL).

Il ruolo centrale del CPS mira ad impedire che "l'intervento" sull'utente si realizzi in modo frammentato, attraverso l'attuazione dei seguenti percorsi clinici:

- consulenza,
- assunzione in cura,
- presa in carico (trattamento integrato).

Premessa necessaria per la realizzazione della continuità terapeutica è la “presa in carico”, cioè l’assunzione di responsabilità da parte di un gruppo di lavoro verso un individuo e la sua sofferenza. Tale assunzione di responsabilità si rende indispensabile nei confronti di quelle situazioni in cui il disturbo mentale tende a persistere nel tempo ed estrinsecarsi nelle sue forme più gravi. Per ogni paziente che richieda una presa in carico, dopo la fase di osservazione, è buona cosa la costituzione di una micro equipe multi professionale referente che provvede a predisporre il relativo progetto (PTI). L’identificazione del case manager garantisce l’implementazione del PTI.

Residenzialità leggera di Viadana: è un programma che garantisce una risposta al bisogno di completamento del percorso riabilitativo per pazienti con grado di autonomia intermedia che possono essere inseriti in piccoli nuclei comunitari siti in case o appartamenti.

### **S.S. Area Territoriale Di Quistello**

La struttura risponde ai bisogni del Distretto Basso Mantovano (Ostiglia e Suzzara) attraverso le articolazioni di seguito riportate:

**CPS** (Quistello) – Centro Psico Sociale e ambulatori di Ostiglia – via V. Veneto, 21 e Suzzara – via Cervi, 4: è la sede deputata alla formulazione del Progetto Terapeutico Individuale (PTI) sul singolo utente portatore di bisogni complessi nel percorso di presa in carico; garantisce inoltre una integrazione degli interventi tra le varie strutture (SPDC, CRA, CD, CPA, CPM, RL) dell’area territoriale di riferimento. Per ogni utente preso in carico viene costituita una micro equipe multi professionale che provvede a predisporre uno specifico PTI, la cui implementazione è perseguita dal case manager identificato. Oltre alla presa in carico del paziente, sono attuati i percorsi clinici previsti da Regione Lombardia quali consulenza e assunzione in cura.

**CD** (Ostiglia - via V. Veneto, 21 e Suzzara – via Cervi, 4) – Centro Diurno: attraverso la propria equipe multiprofessionale elabora e realizza Progetti Terapeutici Riabilitativi (PTR) e attività di risocializzazione, con interventi individuali e di gruppo, in regime semiresidenziale e comunitario. Particolare rilevanza è stata attribuita alla stretta correlazione operativa con l’equipe del CPS e della CRA, sia per garantire una essenziale continuità e coerenza dei singoli progetti terapeutici, sia per gestire situazioni di crisi che non necessitino di ricovero in SPDC. L’equipe realizza interventi:

- di risocializzazione in ambiente protetto,
- riabilitativi mirati all’acquisizione/riacquisizione di abilità di base, interpersonali, sociali,
- per attivare percorsi di autoesplorazione utilizzando il modello Relazione di Aiuto,
- di contenimento del paziente in una prima fase di crisi, scarsamente gestibile da parte della famiglia, pur senza allontanarlo dal contesto familiare e sociale.

Residenzialità Leggera: è un programma che garantisce una risposta al bisogno di completamento del percorso riabilitativo per pazienti con un grado di autonomia intermedia che possono essere inseriti in piccoli nuclei comunitari siti in case o appartamenti.

### **S.S. SPDC Borgo Mantovano**

Il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, con 9 posti letto – P.O. Borgo Mantovano: è deputato al trattamento in regime di degenza ospedaliera, volontaria o obbligatoria (TSO), delle condizioni di acuzie psicopatologiche. Si configura come funzionale al bisogno di contenimento e di risposta alle istanze regressive del paziente. Obiettivi del trattamento ospedaliero sono:

- riduzione della sintomatologia acuta, mediante un trattamento psico-farmaco terapeutico individualizzato,
- allontanamento del paziente da input stressanti o psicogeni,
- osservazione e rilevamento dei bisogni, della significatività degli elementi di deficit o di conflitto,
- elaborazione della condizione di crisi del paziente, condividendo con l’equipe del CPS una opportuna rivalutazione del progetto terapeutico.

Di seguito le sedi erogative per Distretto.

Ambito territoriale del Distretto Alto Mantovano	Ambito territoriale del Distretto Mantovano	Ambito territoriale del Distretto Basso Mantovano	Ambito territoriale del Distretto Oglio Po Casalasco Viadanese
<ul style="list-style-type: none"> <li>- CPA Piccola Opera e CPS Castiglione delle Stiviere</li> <li>- CRA e CD Castel Goffredo</li> <li>- Ambulatorio Goito</li> <li>- Residenzialità leggere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CRA, CPS, CD Mantova</li> <li>- CPM Grazie</li> <li>- Residenzialità leggere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CD Ostiglia</li> <li>- CPM Loghino e CD Suzzara</li> <li>- CRA e CPS Quistello</li> <li>- Residenzialità leggere</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- CPS Viadana</li> <li>- Residenzialità leggere</li> <li>- CPS, CRA, CD, Residenzialità leggere Casalmaggiore (ASST Cr)</li> </ul>

### **S.C. Neuropsichiatria Infantile**

La struttura ha come obiettivo la prevenzione, la diagnosi, la cura e la riabilitazione di patologie e disturbi neuromotori e sensoriali di origine congenita o acquisita, ritardo mentale, ritardi e disturbi di linguaggio e apprendimento, difficoltà ed alterazioni dello sviluppo psicologico, affettivo e relazionale, patologie psichiatriche dell'età evolutiva, patologie neurologiche in età pediatrica con particolare riferimento all'epilessia, essendo la struttura sede di un Centro Regionale per l'Epilessia. Collabora con il Dipartimento Salute Mentale e con la struttura di Pediatria di Borgo Mantovano per la gestione di adolescenti con turbe psicotiche. Nell'area delle problematiche relative alla disabilità promuove, oltre a interventi di riabilitazione sanitaria, progetti per l'integrazione scolastica e sociale e, in collaborazione con i Servizi per l'età evolutiva dell'ATS, interviene in casi di disagio psichico da cause socio-ambientali. L'attività ambulatoriale è espletata su tutto il territorio provinciale mantovano e rappresenta un'importante area di offerta per i pazienti. In particolare, sono eseguiti lo screening dei disturbi precoci di linguaggio, quello per la dislessia e per i DSA.

Alla struttura complessa afferiscono le seguenti strutture semplici:

#### **S.S. Gestione delle problematiche sull'adolescenza**

Realizza le politiche di promozione della salute rivolta a adolescenti e si occupa prioritariamente della tutela della salute dei minori affetti da disabilità rilevante, ad elevato rischio psico-sociale o in situazione di rischio.

Non tratta solo esclusivamente l'acuzie psichiatrica ma anche le problematiche del disagio adolescenziale, la patologia psichiatrica, le dipendenze patologiche e della disabilità.

I pazienti sono presi in carico attraverso un approccio integrato (Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Psichiatria, Neurologia, Ser.D Mantova, Psicologia Clinica, Pediatria, Pronto Soccorso) multiprofessionale e multidisciplinare all'interno di un percorso dedicato.

La struttura si pone quindi a scavalco fra il Dipartimento di Salute Mentale e quello Materno Infantile così da divenire fisicamente o funzionalmente lo spazio all'interno del quale l'Adolescente possa trovare risposta ai propri bisogni.

#### **S.S. Degenza di Neuropsichiatria Infantile Borgo Mantovano (in via di attivazione)**

Struttura da attivarsi, risponde alla necessità di potenziare l'offerta sanitaria in ambito neuropsichiatrico stante che la provincia di Mantova è totalmente sprovvista di posti letto di NPJA.

Pertanto, la struttura garantirà il ricovero ospedaliero per i minori; sarà dotata di personale psicologico e educativo/riabilitativo oltre che medico ed infermieristico. Il ricovero sarà accompagnato da progetti di dimissione protetta, per il rientro del minore nella dimensione di appartenenza o verso una collocazione in struttura residenziale con disponibilità nel breve periodo, al fine di garantire continuità al percorso di cura avviato e, nel contempo, favorire l'efficiente utilizzo dei posti letto di degenza.

Di seguito le sedi erogative per Distretto.

Ambito territoriale del Distretto Alto Mantovano	Ambito territoriale del Distretto Mantovano	Ambito territoriale del Distretto Basso Mantovano	Ambito territoriale del Distretto Oglio Po Casalasco Viadanese
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Castel Goffredo</b> Piazza Martiri della Liberazione, 1</li> <li>- <b>Castiglione delle Stiviere</b> Via Garibaldi, 59</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mantova</b>, strada Lago Paiolo pal. 5 viale Piave, 1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Borgo Mantovano</b> Via Bugatte, 1</li> <li>- <b>Suzzara</b> Via Generale Cantore, 14</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Viadana</b> Largo De Gasperi, 7</li> <li>- <b>Casalmaggiore (ASST CR)</b> Ospedale Oglio Po</li> </ul>

### **S.C. SER.D Mantova**

La struttura SER.D Mantova garantisce prestazioni in forma diretta di prevenzione, cura e riabilitazione/reinserimento, a favore di singoli cittadini, coppie e famiglie nelle diverse fasi del ciclo vitale, che presentino problemi collegati all'uso - abuso - dipendenza da sostanze psicotrope legali (alcool, tabacco), illegali (droghe), o altre dipendenze comportamentali che provocano conseguenze negative sulla situazione economica, famigliare, relazionale, di salute delle persone (gioco d'azzardo, slot machine) nel rispetto della normativa nazionale e regionale vigente.

Gli interventi si effettuano prevalentemente a livello ambulatoriale e si ricorre al ricovero in strutture ospedaliere o residenziali solo in particolari casi. Le prestazioni sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi nelle sedi operative e se necessario a domicilio.

Si applicano ai diversi contesti quali: servizio territoriale, servizio carcere, servizio reso a domicilio.

Il Ser.D garantisce la continuità dell'assistenza dell'utenza trattata a regime residenziale e semiresidenziale attraverso modalità di lavoro condivisa ed integrata con le comunità del territorio (percorso diagnostico di valutazione multidisciplinare, certificazione di tossicodipendenza, gestione integrata del paziente, verifica dell'andamento del programma, gestione dell'interruzione del programma con garanzia della continuità assistenziale).

Di seguito le sedi erogative (dettagli esplicitati nelle sezioni riguardanti le CdC).

Ambito territoriale del Distretto Alto Mantovano	Ambito territoriale del Distretto Mantovano	Ambito territoriale del Distretto Basso Mantovano	Ambito territoriale del Distretto Oglio Po Casalasco Viadanese
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ser.T Asola</b> Via Schiantarelli, 3</li> <li>- <b>Ser.T Castiglione d/S</b> Via Ordanino, 11</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ser.D Mantova</b> Via Hrovatin, 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ser.T Ostiglia (previsto)</b> Via V. Veneto, 21</li> <li>- <b>Ser.T Suzzara</b> Via Cadorna, 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Ser.T Viadana</b> L.go De Gasperi, 11</li> <li>- <b>Ser.D Casalmaggiore (ASST CR)</b></li> </ul>

### **S.C. Psicologia Clinica e Territoriale**

La Struttura presta offerta specialistica psicologica all'interno dell'ASST, con attività di prevenzione, diagnosi, sostegno, psicoterapia e riabilitazione. Destinatari sono la persona, la coppia-famiglia, il gruppo, siano essi pazienti o professionisti dell'ASST.

Gli psicologi esercitano le specifiche professionalità e interventi in particolare presso le Strutture: Pronto Soccorso, Cure Palliative, Malattie infettive, Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Oncologia, Ostetricia e Ginecologia, Pediatria, Riabilitazione Neuromotoria, Riabilitazione Cardiorespiratoria, Neonatologia e Patologia Neonatale, Urologia, Nefrologia, Otorino, Ortopedia, Oculistica, Medicina del lavoro, Chirurgia, Anestesia e Rianimazione, Strutture del Dipartimento Salute Mentale e delle Dipendenze, Consultori Familiari e Case della Salute.

La Struttura attraverso i propri professionisti si propone come:

- unità di offerta formativa per gli operatori dell'ASST relativamente ai seguenti aspetti:
  - correlati psichici alle insorgenze di patologia somatiche e della loro gestione,

- individuazione di fattori di rischio, promuovendone la prevenzione,
- aiuto alle equipe di lavoro coinvolte in eventi avversi, e/o caratterizzate da problematiche gestionali,
- unità di integrazione ospedale – territorio e di verifica delle buone prassi,
- unità di integrazione, uniformazione e coordinamento per la definizione dei protocolli di intesa con i Responsabili delle strutture in cui operano gli psicologi relativamente alle prestazioni psicologiche e per la definizione e condivisione delle buone prassi professionali.

In prima applicazione del POAS e fino a diversa indicazione della direzione strategica la direzione della struttura:

- mantiene il governo delle risorse psicologiche che operano all'interno del servizio di psicologia clinica del presidio di Mantova e di Borgo Mantovano, nelle strutture di Neurologia, Oncologia, Cure Palliative, Riabilitazione Neuromotoria di Bozzolo, Medicina penitenziaria,
- sviluppa il rapporto funzionale con gli psicologi afferenti alle altre strutture (che pertanto in tale fase mantengono un rapporto gerarchico con le strutture di assegnazione) attraverso l'implementazione dei processi di integrazione, coordinamento e formazione summenzionati al fine di favorire un graduale passaggio di competenze.

### ***Psichiatria giudiziaria - REMS***

Il Sistema Polimodulare di REMS provvisorie di Castiglione delle Stiviere, che accoglie pazienti psichiatrici autori di reato, è così articolato:

1 REMS femminile dedicata all'accoglienza, valutazione e percorsi di cura; 1 REMS maschile dedicata all'accoglienza e valutazione;

6 REMS maschili dedicate all'accoglienza, valutazione e percorsi di cura. In totale accoglie 160 pazienti.

L'ambito di operatività prioritario è incentrato, oltre che su obblighi di sorveglianza e custodia, su modalità integrate di trattamento tipiche di una struttura a prevalente lungodegenza con approccio riabilitativo psichiatrico e rieducazionale (attività clinica - psichiatrica), fornisce elementi utili di giudizio inerenti la condizione di pericolosità sociale derivante da malattia mentale (attività psichiatrico-forense e criminologica).

Gestisce tutte le attività clinico-riabilitative, di stretta pertinenza psichiatrica, sia internamente alle REMS, sia con le agenzie esterne e i vari stakeholder.

#### **4.1.7. Azioni per le strutture residenziali del DSMD**

##### **Fase Interpandemica**

In questa fase non sono previste attività o misure differenti da quelle ordinarie per quanto riguarda l'ingresso dei nuovi ospiti, la sorveglianza sanitaria, l'utilizzo degli spazi comuni, eccetera.

##### **Fase Pandemica e Fase di Transizione**

###### Locali di isolamento/quarantena

In queste fasi è necessario garantire il distanziamento, la differenziazione dei percorsi per pazienti infetti e non, e la possibilità di isolare i pazienti positivi o in quarantena. La ricettività delle strutture verrà quindi ridotta in funzione del quadro epidemiologico.

La riduzione permette altresì di garantire un corretto distanziamento nel momento dei pasti.

In caso di particolare recrudescenza della pandemia o in caso di disposizioni nazionali/regionali, potranno essere valutate ulteriori riduzioni dei posti letto.

###### Ingresso nuovi ospiti

In caso di nuovi ingressi viene effettuato un triage per la rilevazione di eventuali sintomi respiratori. I nuovi pazienti vengono inoltre sottoposti a test per la ricerca dell'agente pandemico come da linee guida regionali/nazionali. In caso di test positivo l'ingresso viene rinviato fino a negativizzazione del tampone e risoluzione dei sintomi.

###### Sorveglianza ospiti

Agli ospiti viene rilevata la temperatura corporea almeno una volta al giorno e in caso di comparsa di sintomatologia respiratoria/febbrile l'ospite viene posto in isolamento e viene effettuata ricerca diagnostica dell'agente pandemico (es. tampone). In accordo con il medico di struttura nelle fasce orarie previste, o con il medico reperibile, si valuterà l'eventuale indicazione all'invio in PS mediante 118. Il rientro in Struttura, dopo valutazione in PS, avverrà solo in ambulanza in caso di positività.

L'isolamento è messo in atto dagli operatori in servizio; nelle strutture con assistenza sulle 12 h il paziente viene trasferito presso le strutture con copertura a 24 h.

###### Gestione ospiti positivi all'agente pandemico ed eventuale ricovero in strutture per acuti

In caso di positività, in assenza di necessità di ricovero, si prevede la permanenza dell'ospite presso la struttura, garantendo idoneo isolamento all'interno di una stanza dedicata. Nel caso di stanza di isolamento con bagno esterno dedicato è prevista riorganizzazione e segnalazione di percorsi distinti per i tragitti necessari. I pasti e l'assunzione della terapia avvengono direttamente in stanza, separatamente dagli altri ospiti residenti.

Si organizza immediatamente fuori dalla stanza dell'ospite un'area filtro accessibile solo alle figure autorizzate, dove si dispongono un contenitore con i necessari DPI e un contenitore ROT e in cui avviene la vestizione/svestizione, rispettando le indicazioni aziendali ed evitando la contaminazione ambientale.

Tutti gli operatori, all'interno dell'area di isolamento, si atterranno all'utilizzo di idonei DPI, come da procedura aziendale. Adeguati DPI sono forniti all'ospite da indossare nelle interazioni con gli operatori.

Il paziente in isolamento è sottoposto a monitoraggio dei sintomi e della temperatura corporea, secondo le indicazioni mediche. L'eventuale trasferimento verso una struttura per acuti avviene in relazione allo sviluppo di un quadro clinico che lo renda necessario a giudizio del medico.

In caso di sintomi conclamati correlati all'agente pandemico il paziente verrà ricoverato in Reparto di Malattie Infettive; in caso di sintomi psichiatrici acuti, il paziente asintomatico o paucisintomatico verrà ricoverato in SPDC.

Alla luce del riscontro della presenza di un caso positivo in Comunità, tutti i pazienti ricoverati in Struttura verranno sottoposti a screening diagnostico per la ricerca dell'agente pandemico.

###### Regolamentazione attività sociosanitarie, assistenziali, di gruppo

**Nella fase pandemica**, anche sulla base di disposizioni regionali/nazionali potrebbe essere necessario rimodulare regole e attività di comunità, come segue:

- le uscite in autonomia quotidiane vengono ridotte in relazione all'andamento epidemico;

- le uscite in autonomia più prolungate nella giornata vengono autorizzate se giustificate in un'ottica clinica di rilevanza terapeutica, o di qualità di vita del paziente, previa valutazione del medico;
- i permessi a casa o con i familiari sono fortemente limitati, autorizzati in via eccezionale dal medico di struttura per ragioni di benessere del paziente, se il contesto familiare lo consente e indagando fattori di rischio (eventuali casi sospetti nelle due settimane precedenti il permesso); si prediligono in ogni caso permessi in giornata, e, in caso di necessità di pernottamento, il rientro in comunità potrebbe essere preceduto da eventuale test diagnostico per la ricerca dell'agente pandemico;
- si mantengono solo le attività di gruppo strutturate esterne essenziali, borse lavoro, tirocini, valutati i contesti in cui si svolgono e i livelli di prevenzione del rischio presenti;
- proseguono le attività esterne di base, quali brevi passeggiate in gruppi di pochi pazienti, nel rispetto dei criteri di sicurezza, o interventi all'esterno individuali con affiancamento dell'operatore;
- proseguono i programmi individuali rivolti ai pazienti, pianificati e verificati dall'équipe di riferimento, di assimilazione delle norme da seguire, della corretta valutazione del rischio e, di conseguenza, del rispetto delle regole di distanziamento fisico, uso corretto di DPI, igiene personale, e di generale prudenza da tenere nei luoghi pubblici e nei rapporti sociali. In caso di carenze del paziente in tale sfera, si metteranno in atto limitazioni e provvedimenti (ad es. uscite con supervisione) per consentire comunque una certa mobilità esterna in sicurezza.

**Nella fase di transizione**, a scopo prudenziale, viene tendenzialmente mantenuto il distanziamento fisico nella vita di comunità, l'uso della mascherina viene mantenuto nelle attività e nei contesti dove il distanziamento è difficoltoso.

Proseguono gli interventi psicoeducativi e di monitoraggio individuale sull'acquisizione e il rispetto delle norme igieniche e di prevenzione e delle norme previste di volta in volta dalla normativa generale per la cittadinanza sul tema della prevenzione del rischio infettivo.

Coerentemente con i riferimenti normativi, sono favorite le uscite degli utenti, intendendo con uscite i permessi in giornata, le uscite programmate, le uscite temporanee più prolungate in autonomia o con i familiari, sforzandosi di garantire il miglior temperamento delle regole di prevenzione e della realizzazione di progetti individuali nell'ottica di generare benessere e qualità di vita.

L'esecuzione di test diagnostico per la ricerca dell'agente pandemico al rientro in struttura è da limitarsi ai casi sintomatici o, in caso di contatto con casi positivi, nel periodo di permanenza al di fuori della struttura.

#### Accesso visitatori

Considerata la fragilità degli utenti si ritiene fondamentale, se in linea con le disposizioni regionali/nazionali, garantire l'accesso in sicurezza dei visitatori, anche attraverso la sottoscrizione del Patto di Corresponsabilità.

In caso di particolare recrudescenza della pandemia potrebbe essere necessario programmare le visite che dovranno svolgersi all'esterno della struttura, con utilizzo dei DPI e distanziamento e in assenza di sintomatologia respiratoria/febbrile.

In caso di interruzione delle visite imposta da provvedimenti normativi, verranno favorite modalità alternative quali videochiamate.

In fase di transizione è consentito l'accesso a familiari e visitatori, garantendo la continuità delle visite anche giornaliera e utilizzando idonei DPI e in assenza di sintomatologia respiratoria/febbrile.

#### **4.1.8 Azioni per le strutture ambulatoriali del DSMD**

##### **Fase interpandemica**

In questa fase le Strutture Complesse di Psichiatria, nell'ambito del DSMD:

- Individuano delle azioni per potenziare la capacità di risposta territoriale in caso di pandemia in qualsiasi ambito;
- Definiscono e aggiornano i protocolli di diagnosi, cura/presa in carico a domicilio dei casi sospetti, positivi o sintomatici (si vedano i protocolli aziendali già in uso per pandemia da Covid-19);
- Organizzano la ricezione dai servizi aziendali, deputati all'approvvigionamento e alla distribuzione, dei DPI/DM su ordine del coordinatore individuato della Struttura, secondo le indicazioni normative del momento;
- Favoriscono l'attività formativa continua, promossa dall'azienda, di tutte le professioni sanitarie e di altri operatori (inclusi i volontari);
- Favoriscono l'addestramento del personale sui comportamenti da adottare e rispetto all'utilizzo dei DPI/DM (con eventi simulati);
- Collaborano alle azioni di monitoraggio/controllo e aggiornamento con gli uffici aziendali e l'ATS.

##### **Fase di allerta**

In questa fase le Strutture Complesse di Psichiatria, nell'ambito del DSMD:

- Perseguono le azioni definite e concordate al tavolo di Coordinamento per la Rete Territoriale (CRT);
- Identificano la catena di comando locale e la notificano a tutti i dipendenti della propria UO;
- Collaborano alla preparazione ed all'avvio delle azioni del piano territoriale;
- Riorganizzano le azioni proporzionalmente all'andamento dei dati di contagio e del monitoraggio delle risorse umane, strutturali/logistiche, di DPI/DM, ecc.;
- Verificano i protocolli per la prevenzione e il controllo delle infezioni, per la formazione del personale a rischio per l'agente pandemico (mappatura e aggiornamento);
- Dispongono l'adozione delle misure igienico-sanitarie definite dal Ministero della Salute e per l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per operatori, utenti ed eventuali altri soggetti esterni, in base al profilo di rischio, oltre ad eventuali misure alternative, quali il distanziamento interpersonale, in caso di non applicabilità funzionale;
- Recepiscono le procedure per la sorveglianza sanitaria per esposizione ad agente pandemico di tutti gli operatori tenendo conto della vigentissima normativa in riferimento alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro, con aggiornamento della Valutazione del Rischio di cui al titolo X D.Lgs. 81/08 e degli eventuali adempimenti conseguenti disposte dai servizi aziendali interni preposti;
- Gestiscono eventuali casi positivi o sospetti tra utenti, operatori ed eventuali altri soggetti esterni in collaborazione con i servizi aziendali interni preposti;
- Gestiscono la sanificazione ordinaria e straordinaria di ambienti, di apparecchiature ed eventuali mezzi di trasporto per operatori;
- Favoriscono la partecipazione ad iniziative di formazione aziendale, oltre a quelle di carattere regionale/nazionale (cfr. corsi Polis e corsi ISS, anche in modalità FAD), per la prevenzione da agente pandemico (esempio: SARS-CoV-2) rivolti a tutte le tipologie di operatori e predisposizione di piani di informazione rivolti anche ai visitatori ed utenti (esempio: vestizione/svestizione DPI e loro indicazione; adozione misure igieniche per la prevenzione e il contenimento dell'infezione correlata all'assistenza ICA; ecc.);
- Regolamentano/interrompono le nuove prese in carico con possibile sospensione di alcuni servizi della rete ambulatoriale diurna, salvo l'erogazione in modalità alternative (esempio a domicilio o a distanza);
- Interrompono l'ingresso di visitatori/familiari, assicurando adeguate misure alternative (contatti a distanza) e comunque nel rispetto delle esigenze psicologiche/affettive e relazionali dell'utenza con particolare riguardo

ai minori e fragili;

- Attivano dei percorsi di sostegno sociale per i casi gestibili a domicilio ma con elevata vulnerabilità sociale (esempio: anziani o disabili senza valida rete familiare/amicale; homeless o altre forme di emarginazione sociale; persone extracomunitarie senza permesso di soggiorno; soggetti con disagi logistici/abitativi o di reddito, ecc.) al fine di poter garantire adeguato supporto (esempio: fornitura pasti; attività disbrigo commissioni essenziali non praticabili a causa di misure quali l'isolamento/quarantena; igiene della casa; supporto relazionale; ecc.) in raccordo anche con operatori del Terzo Settore e il Volontariato, secondo modalità organizzative preventivamente individuate a livello di ciascun Ambito Territoriale;
- Attivano azioni di governo in coerenza delle funzioni rimesse alle ASST per il Distretto.

#### **Fase pandemica**

In questa fase le Strutture Complesse di Psichiatria, nell'ambito del DSMD:

- Adottano soluzioni restrittive, secondo un criterio progressivo di gravità dell'andamento epidemico/pandemico; vengono permesse comunque le visite a domicilio quando il caso non è gestibile con solo contatto telefonico o con telesorveglianza e purché in presenza di idonei DPI. Le attività del DSMD, non devono ritenersi altrettanto rinviabili, quanto piuttosto oggetto di potenziamento sia in termini organizzativi, di risorse professionali che di prossimità agli utenti. Le visite in ambulatorio saranno possibili solo presso locali idonei a garantire il distanziamento interpersonale, con adeguati ricambi d'aria (in caso di impianti di condizionamento non deve essere previsto il ricircolo), indossando idonei DPI e comunque previo triage per escludere la presenza di sintomi sospetti/febbre;
- Con particolare riferimento agli utenti a domicilio e con alta vulnerabilità non solo clinica (es.: utenti con gravi disturbi mentali soli privi di rete amicale/parentale, extracomunitari, homeless, ecc.), individuano soluzioni ricettive temporanee, in collaborazione con ATS, per evitare il ricorso non appropriato alla rete ospedaliera a discapito dei casi più gravi e delle attività sanitarie (incluso quelle ambulatoriali) comunque non procrastinabili;
- Rendono disponibile un supporto psicologico a favore degli operatori e di utenti ai fini di intercettare e contenere eventuali disagi psicologici conseguenti alle misure attuate per la gestione della pandemia, con particolare attenzione ai soggetti vulnerabili per età o per condizioni soggettive predisponenti;
- Attiva azioni di governo in coerenza delle funzioni rimesse alle ASST per il Distretto.

#### **Fase di transizione**

In questa fase le Strutture Complesse di Psichiatria, nell'ambito del DSMD:

- Ripristinano progressivamente la regolare attività del servizio;
- Proseguono le attività vaccinali secondo protocolli;
- Proseguono il monitoraggio dei casi sospetti sia tra operatori che utenti e la valutazione di eventuali sequele croniche;
- Proseguono i percorsi formativi e l'aggiornamento dei protocolli operativi.

### **4.1.9 Azioni per il SERD**

#### **Fase interpandemica**

In questa fase il SerD, nell'ambito del DSMD:

- Verifica e monitora la presenza di una scorta adeguata dei DPI/DM;
- Promuove la vaccinazione antinfluenzale e anti-Covid 19 presso la popolazione afferente al Servizio ed in particolare per i soggetti fragili;
- Provvede alla formazione del personale e all'aggiornamento di protocolli operativi;
- Favorisce l'addestramento del personale sui comportamenti da adottare e rispetto all'utilizzo dei DPI/DM

(con eventi simulati);

- Collabora alle azioni di monitoraggio/controllo e aggiornamento con gli uffici aziendali e l'ATS.

#### **Fase di allerta**

Il SerD, nell'ambito del DSMD, nella fase di allerta pandemica:

- Persegue le azioni definite e concordate al tavolo di Coordinamento per la Rete Territoriale (CRT);
- Identifica la catena di comando locale e la notifica a tutti i dipendenti della propria UO;
- Collabora alla preparazione ed all'avvio delle azioni del piano territoriale;
- Riorganizza le azioni proporzionalmente all'andamento epidemiologico con eventuali aggiustamenti rispetto a risorse umane, strutturali, di DPI/DM e di farmaci;
- Applica alcune azioni/modalità di intervento volte a limitare le possibilità di contagio: limitazioni ingressi familiari/accompagnatori, incremento delle attività in remoto, gestione di eventuali casi sospetti tra operatori e pazienti;
- Provvede alla formazione specifica del personale rispetto all'evoluzione epidemiologica;
- Recepisce le procedure per la sorveglianza sanitaria per esposizione ad agente pandemico (esempio: SARS-CoV-2) di tutti gli operatori tenendo conto della vigente normativa in riferimento alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro con aggiornamento della Valutazione del Rischio di cui al titolo X D.Lgs. 81/08 e degli eventuali adempimenti conseguenti disposte dai servizi aziendali interni preposti;
- Gestisce eventuali casi positivi o sospetti tra utenti, operatori ed eventuali altri soggetti esterni in collaborazione con i servizi aziendali preposti;
- Gestisce la sanificazione ordinaria e straordinaria di ambienti, di apparecchiature e di eventuali mezzi di trasporto per operatori.

#### **Fase pandemica**

Il SerD, nell'ambito del DSMD, nella fase pandemica:

- Mantiene le attività del servizio che non devono ritenersi rinviabili, quanto piuttosto oggetto di potenziamento sia in termini organizzativi, di risorse professionali che di prossimità agli utenti;
- Consente l'accesso: ai pazienti che devono effettuare prestazioni ambulatoriali per somministrazione terapia farmacologica sostitutiva, per effettuazione esami ematochimici, esami tossicologici su matrice cheratinica, test rapidi HIV, pazienti con appuntamento per prestazioni sanitarie, counseling medico e colloquio psico-socio-educativo, accompagnatori di pazienti minorenni o di pazienti che necessitano di un supporto familiare o altre condizioni di fragilità e disabilità;
- Limita l'afflusso dei pazienti in modo da assicurare la distanza con gli operatori e fra gli stessi pazienti di almeno un metro e in modo da non creare sovraffollamenti;
- Verifica che gli utenti siano dotati dei dispositivi di protezione individuale e nel caso ne fossero sprovvisti viene fornita dal personale SerD.
- Favorisce le modalità di visite e colloqui in remoto;
- Attua sorveglianza sanitaria su operatori e utenti;
- Provvede alla sanificazione ordinaria e straordinaria degli ambienti.

#### **Fase di transizione**

Il SerD, nell'ambito del DSMD, nella fase di transizione provvede a:

- Progressivo ripristino delle modalità operative standard;
- Prosecuzione del monitoraggio dei casi sospetti sia tra operatori che utenti e della valutazione di eventuali sequele croniche e/o disagi psicologici conseguenti alla pandemia;
- Prosecuzione dei percorsi formativi e aggiornamento dei protocolli operativi;
- Promozione dell'attività vaccinale.

#### **4.1.10 Azioni per la Neuropsichiatria Infantile**

##### **Fase interpandemica**

La UONPIA nella fase interpandemica:

- individua delle azioni per potenziare la capacità di risposta territoriale in caso di pandemia in qualsiasi ambito (ospedaliero, domiciliare e sociosanitario);
- organizza la ricezione dai servizi aziendali, deputati all'approvvigionamento ed alla distribuzione dei DPI/DM, su ordine del coordinatore individuato della UO, secondo le indicazioni normative del momento;
- favorisce l'attività formativa continua, promossa dall'azienda, di tutte le professioni sanitarie e di altri operatori (inclusi i volontari);
- favorisce l'addestramento del personale sui comportamenti da adottare e rispetto all'utilizzo dei DPI/DM (con eventi simulati);
- Collabora alle azioni di monitoraggio/controllo e aggiornamento con gli uffici aziendali e l'ATS.

##### **Fase di allerta**

La UONPIA nella fase di allerta:

- Persegue le azioni definite e concordate al tavolo di Coordinamento per la Rete Territoriale (CRT);
- Identifica la catena di comando locale e la notifica a tutti i dipendenti della propria UO;
- Collabora alla preparazione ed all'avvio delle azioni del piano territoriale;
- Riorganizza le azioni proporzionalmente all'andamento dei dati di contagio e del monitoraggio delle risorse umane, strutturali/logistiche, di DPI/DM, ecc.;
- Verifica i protocolli per la prevenzione e il controllo delle infezioni per la formazione del personale a rischio per l'agente pandemico (mappatura e aggiornamento);
- Dispone l'adozione delle misure igienico-sanitarie definite dal Ministero della Salute e per l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per operatori, utenti ed eventuali altri soggetti esterni, in base al profilo di rischio oltre ad eventuali misure alternative, quali il distanziamento interpersonale, in caso di non applicabilità funzionale;
- Recepisce le procedure per la sorveglianza sanitaria per esposizione ad agente pandemico (esempio: SARS-CoV-2) di tutti gli operatori tenendo conto della vigente normativa in riferimento alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro con aggiornamento della Valutazione del Rischio di cui al titolo X D.lgs. 81/08 e degli eventuali adempimenti conseguenti disposte dai servizi aziendali interni preposti;
- gestisce eventuali casi positivi o sospetti tra utenti, operatori ed eventuali altri soggetti esterni in collaborazione con i servizi aziendali preposti;
- gestisce la sanificazione ordinaria e straordinaria di ambienti, di apparecchiature e di eventuali mezzi di trasporto per operatori
- favorisce la partecipazione ad iniziative di formazione aziendale, oltre a quelli di carattere regionale/nazionale (cfr. corsi Polis e corsi ISS, anche in modalità FAD), per la prevenzione da agente pandemico (esempio: SARS-CoV-2) rivolti a tutte le tipologie di operatori e predisposizione di piani di informazione rivolti anche ai visitatori ed utenti (esempio: vestizione/svestizione DPI e loro indicazione);
- adotta misure igieniche per la prevenzione e il contenimento dell'infezione correlata all'assistenza ICA; ecc.);
- Regola/interrompe le nuove prese in carico con possibile sospensione di alcuni servizi della rete ambulatoriale diurna, salvo l'erogazione in modalità alternative (esempio a domicilio o a distanza);
- Interrompe l'ingresso di visitatori/familiari, assicurando adeguate misure alternative (contatti a distanza) e comunque nel rispetto delle esigenze psicologiche/affettive e relazionali dell'utenza con particolare riguardo ai minori e fragili;
- Attiva dei percorsi di sostegno sociale per i casi gestibili a domicilio ma con elevata vulnerabilità sociale (esempio: anziani o disabili senza valida rete familiare/amicale; homeless o altre forme di emarginazione sociale; persone extracomunitarie senza permesso di soggiorno; soggetti con disagi logistici/abitativi o di

reddito; ecc.) al fine di poter garantire adeguato supporto (esempio: fornitura pasti; attività disbrigo commissioni essenziali non praticabili a causa di misure quali l'isolamento/quarantena; igiene della casa; supporto relazionale; ecc.) in raccordo anche con operatori del Terzo Settore e il Volontariato, secondo modalità organizzative preventivamente individuate a livello di ciascun Ambito Territoriale;

### **Fase pandemica**

La UONPIA nella fase pandemica:

- Adotta soluzioni restrittive, secondo un criterio progressivo di gravità dell'andamento epidemico/pandemico; si consentiranno comunque le visite a domicilio quando il caso non è gestibile con solo contatto telefonico o con telesorveglianza e purché in presenza di idonei DPI. Le attività del DSMD, non devono ritenersi altrettanto rinviabili, quanto piuttosto oggetto di potenziamento sia in termini organizzativi, di risorse professionali che di prossimità agli utenti;
- Le visite in ambulatorio saranno possibili solo presso locali idonei a garantire il distanziamento interpersonale, con adeguati ricambi d'aria (in caso di impianti di condizionamento non deve essere previsto il ricircolo), indossando idonei DPI e comunque previo triage per escludere la presenza di sintomi sospetti/febbre.
- Rende disponibile un supporto psicologico a favore degli operatori e di utenti ai fini di intercettare e contenere eventuali disagi psicologici conseguenti alle misure attuate per la gestione della pandemia, con particolare attenzione ai soggetti vulnerabili per età (es. gli adolescenti) o per condizioni soggettive predisponenti.

### **Fase di transizione**

La UONPIA nella fase di transizione:

- Ripristina progressivamente la regolare attività del servizio;
- Prosegue nell'offerta di supporto psicologico a favore degli operatori o di utenti per fronteggiare eventuali disagi psicologici conseguenti all'evento pandemico;
- Collabora con i servizi aziendali ai percorsi di monitoraggio clinico per escludere conseguenze tardive o sequele croniche del personale;
- Prosegue le attività vaccinali secondo protocolli.

## **4.1.11 Azioni per le REMS**

### **Fase Interpandemica**

In questa fase non sono previste attività o misure differenti da quelle ordinarie per quanto riguarda l'ingresso dei nuovi ospiti, la sorveglianza sanitaria, l'utilizzo degli spazi comuni e le attività.

### **Fase Pandemica**

#### **Locali di isolamento/quarantena**

In questa fase si garantiscono il distanziamento, la differenziazione dei percorsi per pazienti infetti e non, e la possibilità di isolare i pazienti positivi o in quarantena all'interno delle stanze di degenza previa riorganizzazione dei posti letto all'interno della REMS interessata dalla pandemia.

I pasti vengono forniti al paziente in isolamento solo ed esclusivamente all'interno della sua stanza.

#### **Ingresso nuovi ospiti**

I nuovi ingressi vengono sempre sottoposti a triage per la rilevazione di eventuali sintomi respiratori o positività. I nuovi pazienti vengono inoltre sottoposti a test per la ricerca dell'agente pandemico come da linee guida regionali/nazionali. In caso di test positivo, il personale in servizio, previa comunicazione al medico di guardia e alla Direzione, procede comunque ad autorizzare l'ingresso ed il paziente viene ricoverato in stanza singola in isolamento. Segue il monitoraggio della sintomatologia o della positività e permane in isolamento fino alla totale negativizzazione e risoluzione dei sintomi.

#### **Sorveglianza ospiti**

Agli ospiti viene rilevata la temperatura corporea almeno una volta al giorno o in caso di comparsa di sintomatologia correlabile e in caso di conferma di sintomatologia respiratoria/febbrile l'ospite viene posto immediatamente in isolamento e viene effettuata ricerca diagnostica dell'agente pandemico (es. tampone).

In accordo con il medico di guardia, viene valutata l'eventuale necessità all'invio in PS, o reparto specialistico, mediante 118, previa comunicazione al magistrato che disporrà l'applicazione dell'art. 11, che consente al paziente l'allontanamento dalla Struttura per motivi sanitari ed eventuale disposizione di piantonamento in caso di necessità di ricovero in altra Struttura specialistica.

Il rientro in Struttura, dopo valutazione specialistica o del P.S., avverrà solo in ambulanza in caso di positività.

#### Gestione ospiti positivi all'agente pandemico ed eventuale ricovero in strutture per acuti

In caso di positività, la permanenza dell'ospite presso la struttura è garantita mediante idoneo isolamento all'interno di una stanza dedicata che prevede la presenza del bagno al suo interno.

Qualora non si possa disporre di stanza con bagno dedicato, si procede all'intera riorganizzazione e segnalazione di percorsi distinti per i tragitti necessari con isolamento dell'intera area. I pasti e l'assunzione della terapia avvengono direttamente in stanza, separatamente dagli altri ospiti residenti.

Si organizza immediatamente un'area filtro accessibile solo al personale autorizzato, dove si dispongono un contenitore con i necessari DPI e un contenitore ROT e in cui avviene la vestizione/svestizione, rispettando le indicazioni aziendali ed evitando la contaminazione ambientale.

Tutti gli operatori, all'interno dell'area di isolamento, si attengono all'utilizzo di idonei DPI, come da procedura aziendale. Adeguate DPI sono forniti all'ospite da indossare nelle interazioni con gli operatori.

Il paziente in isolamento è sottoposto a monitoraggio dei sintomi e della temperatura corporea, secondo le indicazioni mediche. In caso di sviluppo e peggioramento del quadro clinico si dispone il trasferimento verso la struttura specialistica (Malattie Infettive).

Tutti i pazienti ricoverati in Struttura vengono sottoposti a screening diagnostico per la ricerca dell'agente pandemico.

#### Regolamentazione attività sociosanitarie, assistenziali, di gruppo

Nella fase pandemica, anche sulla base di disposizioni regionali/nazionali, viene rimodulata tutta l'attività di comunità in stretta collaborazione con le figure preposte (Medici, Psicologi, Educatori, TERP e loro Coordinatrice).

I pazienti negativi possono soggiornare nell'ambito del loro cortile mantenendo i DPI.

I permessi a casa o con i familiari sono fortemente limitati, autorizzati in via eccezionale dal medico di struttura per ragioni di benessere del paziente, se il contesto familiare lo consente, prediligendo in ogni caso permessi in giornata.

Le attività di gruppo vengono limitate e contingentate.

Le attività esterne di base, in gruppi di pochi pazienti, vengono eseguite nel rispetto dei criteri di sicurezza, sempre con affiancamento dell'operatore.

#### Accesso visitatori

L'accesso dei visitatori viene sospeso per il/i paziente/i positivo/i, previa debita informazione alla famiglia.

Per gli altri degenti l'accesso dei visitatori prosegue, ma con attenta sorveglianza, da parte del personale afferente al Servizio Parlatorio, del rispetto del mantenimento distanziale e dei DPI durante i colloqui.

### **Fase di transizione**

Nella fase di transizione, a scopo prudenziale, viene tendenzialmente mantenuto il distanziamento fisico nella vita di comunità, l'uso della mascherina viene mantenuto nelle attività e nei contesti dove il distanziamento è difficoltoso.

L'esecuzione di test diagnostico per la ricerca dell'agente pandemico al rientro in struttura è da limitarsi ai casi sintomatici o, in caso di contatto con casi positivi, nel periodo di permanenza al di fuori della struttura.

## **4.2. Distretti, Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità**

Con nota prot. n. 0011469 del 10/02/2022, condivisa dalle Direzioni Generali di ATS della Val Padana e delle ASST di Crema e Cremona, si è proposta l'articolazione territoriale in 4 Distretti, precisamente:

- Distretto Alto Mantovano

- Distretto Mantovano
- Distretto Basso Mantovano
- Distretto Oglio Po Casalasco-Viadanese

Con nota del 01/03/2022, prot. n. G1.2022.0012011, Direzione Generale Welfare ha approvato la proposta, assegnando il Distretto Oglio Po Casalasco-Viadanese ad ASST di Mantova.

Con decreto n. 267 del 29/03/2022, ad oggetto "Istituzione dei Distretti dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Mantova" ASST di Mantova ha istituito formalmente i 4 Distretti, dopo aver interpellato/consultato Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci il 07/03/2022, Consiglio dei Sanitari il 25/03/2022, Collegio di Direzione il 25/03/2022, Organizzazione Sindacali della Dirigenza e del Comparto ed RSU il 29/03/2022.

Con i decreti n. 281 del 29/03/2022 ad oggetto: "Determinazioni in merito alle nomine temporanee dei Direttori di Distretto dell'ASST di Mantova – Approvazione Convenzione tra ASST di Mantova e ATS Valpadana" e n. 402 del 29/04/2022: "Determinazioni in merito alle nomine temporanee dei Direttori di Distretto dell'ASST di Mantova – Secondo provvedimento" ASST di Mantova ha ratificato la nomina temporanea dei Direttori dei Distretti.

Con il decreto n. 979 del 04/11/2022 ha provveduto alla nomina dei Direttori dei Distretti per il periodo di un quinquennio. La decorrenza dell'incarico è dal 16 novembre 2022.

#### ***Distretto Alto Mantovano***

- Popolazione: 109.130 (al 01.01.2021)
- Ambito territoriale Guidizzolo: Castiglione delle Stiviere, Cavriana, Goito, Guidizzolo, Medole, Monzambano, Ponti sul Mincio, Solferino e Volta Mantovana;
- Ambito territoriale Asola: Acquanegra sul Chiese, Asola, Canneto sull'Oglio, Casalmoro, Casaloldo, Casalromano, Castel Goffredo, Ceresara, Gazoldo degli Ippoliti, Mariana Mantovana, Piubega, Redondesco.
- Centrali Operative Territoriali (COT) previste: Castiglione delle Stiviere, Asola
- Case della Comunità (CdC) previste: Castiglione delle Stiviere, Asola, Goito
- Ospedale di Comunità (OdC) previsto: Asola

#### ***Distretto Mantovano***

- Popolazione: 154.590 (al 01.01.2021)
- Ambito territoriale Mantova: Bagnolo S. Vito, Borgo Virgilio, Castel d'Ario, Castelbelforte, Castellucchio, Curtatone, Mantova, Marmirolo, Porto Mantovano, Rodigo, Roncoferraro, Roverbella, San Giorgio Bigarello, Villimpenta.
- Centrali Operative Territoriali (COT) previste: Mantova
- Case della Comunità (CdC) previste: Mantova
- Ospedale di Comunità (OdC) previsto: Mantova

#### ***Distretto Basso Mantovano***

- Popolazione: 93.599 (al 01.01.2021)
- Ambito territoriale di Suzzara: Suzzara, Gonzaga, Moglia, Motteggiana, Pegognaga, San Benedetto Po,
- Ambito territoriale di Ostiglia: Borgocarbonara, Borgo Mantovano, Magnacavallo, Ostiglia, Poggio Rusco, Quingentole, Quistello, San Giacomo delle Segnate, San Giovanni del Dosso, Schivenoglia, Sermide e Felonica, Serravalle a Po, Sustinente.
- Centrali Operative Territoriali (COT) previste: Suzzara, Quistello

- Case della Comunità (CdC) previste: Suzzara, Quistello, Sermide e Felonica
- Ospedale di Comunità (OdC) previsto: Borgo Mantovano

### ***Distretto Oglio Po - Casalasco Viadanese***

Il distretto Oglio Po Casalasco – Viadanese è stato istituito in comune tra la ASST di Mantova e la ASST di Cremona

- popolazione: 93.599 (al 01.01.2021)
- Ambito territoriale Oglio Po:
  - *Comuni afferenti alla ASST di Mantova*: Bozzolo, Commessaggio, Dosolo, Gazzuolo, Marcaria, Pomponesco, Rivarolo Mantovano, Sabbioneta, San Martino dell'Argine, Viadana;
  - *Comuni afferenti alla ASST di Cremona*: Calvatone, Casalmaggiore, Casteldidone, Cingia de Botti, Gussola, Martignana di Po, Motta Baluffi, Piadena Drizzona, Rivarolo del Re ed Uniti, San Giovanni in Croce, San Martino del Lago, Scandolara Ravara, Solarolo Rainerio, Spineda, Tornata, Torricella del Pizzo, Voltido.
- Centrali Operative Territoriali (COT) previste: Viadana, Casalmaggiore
- Case della Comunità (CdC) previste: Viadana, Bozzolo, Casalmaggiore
- Ospedali di Comunità (OdC) previsti: Viadana, Bozzolo
- Gestione del distretto: con apposito decreto le due ASST disciplinano gli aspetti giuridici, economici e organizzativi per il governo del distretto e delle risorse assegnate.

### ***Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali***

ASST di Mantova ha come obiettivo prioritario lo sviluppo di un Piano di potenziamento delle strutture territoriali, ai sensi di:

- Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, approvato da Commissione europea il 22 giugno 2021 – missione 6: Reti di prossimità;
- Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza territoriale nel Sistema Sanitario Territoriale di Agenas, poi DM 77/2022;
- DGR n. XI/4811 del 31/05/2021 – Linee di sviluppo dell'assetto del Sistema Sociosanitari delineato dalla L.R. 23/2015.

Nel rispetto del cronoprogramma previsto da PNRR e DGR n. XI/4811 del 31/05/2021, AST, di concerto con ATS della Val Padana ed anche attraverso interlocuzioni con gli Ambiti territoriali e gli stakeholder territoriali, ha predisposto un progetto che prevede l'attivazione nel territorio di competenza di 9 Casa di Comunità (CdC) e 5 Ospedali di Comunità CdC, a mezzo riqualificazione/ristrutturazione di edifici esistenti di proprietà o nuova edificazione, come di seguito rappresentato.

COMUNE	CdC Hub/Spoke	OdC
ASOLA	CdC Hub	OdC
GOITO	CdC Hub	
CASTIGLIONE D/S	CdC Hub	
MANTOVA	CdC Hub	OdC
BOZZOLO	CdC Hub	OdC
VIADANA	CdC Hub	OdC
SUZZARA	CdC Hub	
BORGO MANTOVANO		OdC

QUISTELLO	CdC Hub	
SERMIDE	CdC Spoke	

Le CdC sono state progettate tenendo conto di alcuni fattori, in primis: organizzazione distrettuale, ambiti sociali, presenza di strutture da recuperare e/o valorizzare, AFT della Medicina territoriale.

La DGR n. X/5723 del 15/12/2021 ha approvato la localizzazione dei terreni e degli immobili destinati alla realizzazione di Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, tra i quali quelli proposti da ASST di Mantova.

Ai sensi del cronoprogramma già condiviso con Regione ed ATS della Val Padana, questa ASST ha provveduto ad attivare ad oggi:

- CdC di Goito dal 31/12/2021; inaugurata il 18/05/2022
- OdC di Bozzolo dal 31/12/2021; inaugurato il 20/07/2022 (attivi 20 posti)
- OdC di Borgo Mantovano dal 17/06/2022; inaugurato il 20/07/2022 (attivi 10 posti)
- CdC di Bozzolo dal 20/07/2021; inaugurata il 20/07/2022
- CdC di Asola dal 17/11/2022; inaugurata il 17/11/2022
- CdC di Viadana dal 17/11/2022; inaugurata il 17/11/2022

Il 17/11/2022 ASST di Mantova ha attivato ed inaugurato, di concerto con ASST di Cremona la CdC di Casalmaggiore, afferente al Distretto Oglio Po Casalasco Viadaneso, ubicata nel territorio casalasco.

Dal 03/08/2023 è attivo l'OdC di Viadana, con 20 posti tecnici.

Per il 2023 si prevede di attivare CdC di Suzzara, CdC di Quistello, OdC di Asola.

Per il 2024 si prevede di attivare CdC di Castiglione delle Stiviere, CdC di Mantova, CdC di Sermide e OdC di Mantova.

A Mantova si è proceduto, nelle more della realizzazione della CdC in progetto, ad un restyling della sede di via Trento 6, che, unitamente alla palazzina 10 di via Albertoni 1, svolge le funzioni di CdC provvisoria.

Ai sensi dell'art. 36 della L.R. 22/2021, come da DM 77/2022 e DGR 6760/2022, si sono istituite con Decreto n. 795 del 20/09/2022 n. 6 Centrali Operative Territoriali presso altrettante CdC, precisamente Asola, Castiglione delle Stiviere, Mantova, Quistello, Suzzara, Viadana, oltre a Casalmaggiore.

Quattro si sono attivate dal 30/09/2022: Asola, Mantova, Suzzara e Viadana, oltre a Casalmaggiore.

La COT di Quistello verrà attivata entro il 31/12/2023, quella di Castiglione delle Stiviere entro il 31/12/2024.

Di seguito i servizi presenti nelle CdC attivate.

Servizi erogati																	
CdC	Indirizzo	Scelta Revoca	SUPI	PUA	DI	Specialistica Ambulatoriale	IFeC	CUP	EVMD	IMG LS	Presa in carico cronicità	CA	PP	Salute Mentale	Consultori Screening	Vaccinazioni	Medicina legale
Goito	Strada Statale Goitese, 313 Goito (MN)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		
Bozzolo	Via XXV Aprile, 71 Bozzolo (MN)	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X		
Viadana	Largo De Gasperi, 5/7 Viadana (MN)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Sert NPIA CPS	X	X	X

Asola	Via Schiantarelli, 3 Asola (MN)	X	X	X	X		X		X			X			X	X	X	
Mantova (Provvisoria)	Via Trento, 6 Viale Albertoni, 1 Mantova (MN)	X	X	X	X	X	X	X	X		X		X	SPDC NPIA				X

Come detto, per il 2023 si prevede di attivare le CdC di Suzzara, nello stabile di via Cadorna 2, e di Quistello, nell'edificio di via Bettini 1 – già funzionanti e che, a regime, avranno i Servizi previsti dal DM 77/2022, e gli OdC di Asola con 20 posti e di Viadana con 20 posti.

Altre sedi territoriali attive sono quelle di Castiglione delle Stiviere, in via Garibaldi 16 (Scelte Revoche, SUPI, Medicina Legale, Consultorio, PUA, EVMD), e via Ordanino 11 ((ADI, IFeC, Vaccinazioni, Ser.T), Campitello (Scelte revoche, Ambulatorio infermieristico, Punto prelievi), in via Rossini 10, Castel Goffredo, in via San Pio X 19 (Consultorio, Poliambulatorio), Mantova, in via dei Toscani 1 (Vaccinazioni e Consultorio), Via Hrovatin (SerD).

Altre sedi consultoriali sono:

- Curtatone, piazza Corte Spagnola, 1;
- Mantova Lunetta, viale Lombardia 14;
- Ostiglia, via Belfanti, 1;
- Roverbella, via dell'Artigianato, 23;
- Roncoferraro, viale Nuvolari, 1;
- San Benedetto PO, via Bertazzoni, 1.

Il servizio vaccinazioni è erogato a cura della SC Vaccinazioni ed è articolato in 6 poli vaccinali presenti sul territorio ASST Mantova.

- Asola sede unica ubicata in via Schiantarelli, sono garantite le vaccinazioni pediatriche, adolescenti e adulti previste nei LEA;
- Castiglione sede unica ubicata via Ordanino, sono garantite le vaccinali pediatriche, adolescenti e adulti previste nei LEA;
- Suzzara sede unica ubicata in via Cadorna, sono garantite le vaccinazioni pediatriche, adolescenti e adulti previste nei LEA;
- Viadana sede unica ubicata in Largo A. De Gasperi, sono garantite le vaccinazioni pediatriche, adolescenti e adulti previste nei LEA;
- Borgo Mantovano sede unica ubicata presso Ospedale di Borgo Mantovano, sono garantite le vaccinazioni pediatriche adolescenti e adulti previste nei LEA;
- Mantova sede unica ubicata in via dei Toscani Palazzina 10, sono garantite tutte le vaccinazioni previste nei LEA. Nella stessa sede è presente:
  - il CV Ambulatorio per la profilassi del viaggiatore internazionale,
  - l'ambulatorio per le vaccinazioni in co-pagamento,
  - ambulatorio unico dedicato per tutta la popolazione della provincia di Mantova, secondo le regole di offerta della DGR N° XI / 1986 del 23/07/2019.

ASST di Mantova ha attivato anche 10 ambulatori **infermieristici**, gestiti dagli IFeC assegnati ai Distretti sanitari, precisamente a Mantova – via Trento e Lunetta, Borgo Virgilio, Roncoferraro, Campitello di Marcaria, Viadana, Suzzara, Pegognaga, San Giovanni del Dosso e Quistello.

L'ambulatorio infermieristico territoriale è uno dei setting di intervento dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC); tale setting è rivolto alle persone in grado di deambulare, che necessitano di interventi assistenziali a medio-bassa complessità. L'obiettivo è quello di ridurre la distanza fisica dai maggiori punti di erogazione dei servizi, migliorandone

l'accessibilità e garantendo una presa in carico proattiva verso la popolazione, oltre che una continuità tra ospedale e territorio. Tale ambulatorio nasce, altresì, con l'intento di migliorare l'integrazione dei servizi sociali con quelli sanitari, creando una rete sociosanitaria quanto più fitta possibile.

Completa l'offerta territoriale la SC Cure Palliative Mantova, che eroga prestazioni in regime residenziale presso l'hospice ubicato presso il P.O. di Mantova, con 10 posti letto, e l'attività di cure palliative domiciliari.

## **DISTRETTI**

Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio sanitari e sanitari territoriali, centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi.

È inoltre deputato al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, socio sanitarie, nonché dei servizi socioassistenziali in un'ottica di collaborazione con le istituzioni locali presenti sul territorio, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, nonché di uniformità dei livelli di assistenza e di pluralità dell'offerta. Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento.

Pertanto, al Distretto, possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- programmazione, nei termini che contribuiscono con l'ATS all'analisi e valutazione dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, alla valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, alla realizzazione della rete d'offerta territoriale e dei servizi da erogare, alla pianificazione delle attività e prestazioni da garantire, in relazione alle risorse disponibili;
- produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del D.Lgs n. 502 del 30 dicembre 1992;
- coordinamento, ossia la gestione dei percorsi assistenziali integrati di competenza, in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e del polo ospedaliero;
- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale, la verifica dei risultati.

Al fine di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, i Distretti Sanitari operano, inoltre, in raccordo con i comuni per coniugare la loro azione programmatica in riferimento agli aspetti socio sanitari attraverso gli strumenti di programmazione di distretto: Piano di Zona (PdZ), Programma delle Attività Territoriali (PAT), ma anche con scuole e luoghi di lavoro.

Il Distretto poi mantiene interrelazioni funzionali con il Dipartimento Funzionale Prevenzione (vaccinazioni), Dipartimento di Cure Primarie (MMG, PLS, Continuità assistenziale), il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, il Dipartimento Materno Infantile, i Consultori, la Rete Locale delle Cure Palliative, la Specialistica ambulatoriale e gli Infermieri di Famiglia o Comunità.

## **OSPEDALI DI COMUNITÀ**

Gli ospedali di comunità sono strutture sanitarie della rete territoriale deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e, soprattutto, cronici e fragili. Sono strutture intermedie tra la rete territoriale e l'ospedale, di norma dotati di 20 posti (max. 40 posti) che consentono un ricovero breve per pazienti che necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica.

La Responsabilità clinica dei pazienti è attribuita ai medici; la Responsabilità organizzativo/assistenziale afferisce a un dirigente.

## CASE DI COMUNITÀ

Le Case di Comunità sono organizzazioni capillari su territorio e costituiscono un luogo fisico di prossimità in cui opera una équipe multiprofessionale di MMG e PLS, medici specialisti, infermieri di famiglia e Comunità, altri professionisti della salute e assistenti sociali.

Rappresentano un punto di riferimento per la popolazione per:

- la presa in carico della comunità, in particolare dei pazienti fragili e dei loro bisogni,
- l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità, garantendo l'integrazione delle attività sanitarie e sociosanitarie con i servizi sociali di competenza delle autonomie locali,
- il collegamento tra ospedale e territorio attraverso la presenza dell'infrastruttura tecnologica e l'integrazione multiprofessionale, secondo un modello organizzativo a due livelli, avanzato e di base, per garantire prossimità, facilità ed equità di accesso ai servizi, considerate le caratteristiche fisiche, demografiche e insediative del territorio e i bisogni di salute della popolazione di riferimento anche in rete con gli ambulatori sociosanitari territoriali (di cui all'articolo 10, comma 11 quater della L.r. n.33/2009 modificata dalla L.r. n.22/2021).

La programmazione e le attività territoriali si valgono dei contributi di Terzo Settore, Volontariato, Organizzazioni Sindacali e, non da ultimo della Conferenza dei Sindaci e dalle Assemblee dei Sindaci del Distretto.

Con DGR N° XI/6762 del 25 luglio 2022, pubblicata sul BURL serie ordinaria N. 37 del 14/09/2022, la Giunta Regionale ha approvato il "Regolamento di funzionamento della Conferenza dei Sindaci, del Collegio dei Sindaci, del Consiglio di rappresentanza dei Sindaci e dell'Assemblea dei Sindaci del distretto".

ASST di Mantova ha recepito il Regolamento con Decreto n. 797 del 20/09/2022.

In data 14 novembre 2022 è stata convocata la Conferenza dei Sindaci. Si sono nominati il Presidente del Consiglio di rappresentanza, il Vicepresidente ed i 3 membri elettivi. Nei mesi di novembre e di dicembre si sono tenute le Assemblee dei sindaci dei 4 Distretti, con la nomina dei Presidenti e dei Vicepresidenti.

La Conferenza dei Sindaci si riunisce di norma con periodicità mensile.

Ai sensi della DGR n. XI/7758 del 28/12/2022 (Indirizzi di programmazione per l'anno 2023) si è istituita, con decreto n. 85 del 26/01/2023, la Cabina di Regia Integrata dell'ASST di Mantova per l'integrazione delle funzioni sanitarie e sociosanitarie con quelle sociali. Anche questa si riunisce di norma con periodicità mensile.

ASST di Mantova ha attivato anche altri 2 organismi di coordinamento rivolti alla medicina territoriale: l'Organismo consultivo distrettuale, con AFT dei MMG/PLS, Uffici di Piano, Volontariato (decreti n. 593 e 06/06/2023 e 807 del 21/07/2023) e il Gruppo permanente di coordinamento finalizzato alla realizzazione e sperimentazione di attività innovative nelle Case di Comunità, con Consulitori e DSMD (decreto n. 860 del 03/08/2023).

In data 21 ottobre 2022 è stato firmato il Protocollo di Relazioni Sindacali tra ASST di Mantova e le Confederazioni Sindacali CGIL CISL UIL, che:

- istituisce momenti di informazione, consultazione, verifica e approfondimento nelle scelte di natura erogativa dei servizi sanitari e sociosanitari anche in considerazione di quanto previsto dal PPT predisposto da ASST;
- definisce le materie di consultazione nella valutazione del profilo epidemiologico della popolazione, nella determinazione su base distrettuale dell'offerta erogativa, nella verifica dello stato di attuazione dei programmi;
- istituisce un tavolo permanente di consultazione;
- stabilisce tra le priorità da attenzionare PUA, COT, equipe multiprofessionali per l'erogazione delle cure primarie nelle CdC, sviluppo dell'assistenza domiciliare e del ruolo dell'IFeC.

Si è stipulato un accordo di collaborazione tra ASST di Mantova e CVS (Centro Servizi al Volontariato)

Lombardia Sud, recepito con Decreto n. 882 del 06/10/2022.

Le attività afferenti alle sedi territoriali sopra descritte sono riferite alla **Fase interpandemica**.

Durante detta fase vengono pianificate anche le azioni riguardanti:

- attività e sedi vaccinali, nel caso di sopravvenuta disponibilità di vaccino; ASST di Mantova identifica almeno una sede vaccinale massiva per Distretto, precisamente a Mantova, Viadana, Castiglione delle Stiviere e Gonzaga;
- monitoraggio dell'approvvigionamento dei DPI necessari per operatori, utenti, attività della Continuità assistenziale e MMG/PLS.

Durante detta fase le COT seguono le dimissioni dei pazienti fragili al domicilio e la presa in carico del paziente fragile.

Gli IFeC effettuano, in collaborazione con gli MMG, monitoraggio ed educazione sanitaria al domicilio dei pazienti cronici e le attività di sorveglianza sanitaria di cui alla DGR 717/2023.

#### **4.2.1 Azioni per le sedi distrettuali e degli IFEC**

Oltre a quelle già descritte nei capitoli sopra detti si sviluppano le seguenti azioni:

- Regolamentazione accessi ai servizi delle CdC e delle sedi territoriali con controllo temperatura ed utilizzo DPI per operatori, utenti e visitatori;
- Contact tracing, in collaborazione con ATS;
- Potenziamento delle COT, per permettere il ricovero dei pazienti in fase di acuzie ed il trasferimento dei pazienti nei setting più appropriati;
- Contestuale possibile adeguamento di sezioni degli Ospedali di Comunità attivi (Bozzolo, Viadana, Borgo Mantovano) in posti di accoglienza per pazienti infetti ovvero in degenze di sorveglianza, in funzione dell'evoluzione della pandemia;
- Ricorso al telemonitoraggio per pazienti cronici al domicilio da parte di COT ed IFeC; questi ultimi seguono in televisita i pazienti ancora positivi all'agente eziologico dimessi dall'ospedale, seguono in televisita anche gravide e puerpere positive, effettuano interventi educativi per spiegare come gestire l'isolamento al domicilio;
- Monitoraggio da parte delle COT, principalmente quella del Distretto di Mantova, nelle quali confluisce il Centro Servizi, degli oltre 1000 pazienti cronici in carico, con l'obiettivo di evitarne il ricovero;
- Attivazione delle 4 UCA di cui alla DGR XII/717 /2023, 1 per ciascun Distretto, composte da Medico ed Infermiere, per la gestione ed il supporto della presa in carico di pazienti, anche positivi o malati, che sono in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità;
- Ricorso ad attività di ascolto ed aiuto da parte della SC Psicologia clinica per pazienti ed operatori.

Il Distretto con le Cdc, gli OdC, gli IFeC assume la regia degli interventi a livello domiciliare e territoriale di concerto con ATS (per il contact tracing, e sorveglianza epidemiologica), con i servizi ospedalieri (dimissione e trasferimento dei pazienti, approvvigionamento vaccini e DPI), con MMG/PLS/CA, con Comuni ed Ambiti, Erogatori socio-sanitari, Enti del terzo settore, Volontariato, anche attraverso gli Organismi citati nella premessa (Assemblee distrettuali, Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, Cabina di Regia per l'integrazione delle funzioni sanitarie e socio sanitarie con quelle sociali, Organismo consultivo distrettuale, Gruppo permanente di coordinamento finalizzato alla realizzazione e sperimentazione di attività innovative nelle Case di Comunità).

## **4.2.2 Azioni per gli OdC e le CdC**

### **Fase interpandemica**

Le attività per il contenimento e la gestione della pandemia richiedono prioritariamente lo sviluppo di percorsi/accordi condivisi a livello territoriale, tali da prevedere:

- Massima funzionalità del percorso di Dimissioni protette/UVMD, fornendo un raccordo tra la Rete Emergenza-Urgenza e i servizi coinvolti nel processo assistenziale e prevedendo il rafforzamento dell'ADI;
- La condivisione e l'aggiornamento di protocolli di diagnosi, cura/presa in carico a domicilio o presso le UdO residenziali dei casi sospetti, positivi o sintomatici ovvero del loro trasferimento presso centri di cura più idonei, qualora non siano altrimenti gestibili (es. sintomi gravi) o non sia assicurabile idoneo isolamento;
- Lo sviluppo di una rete di assistenza e/o di diagnosi a distanza attraverso lo sviluppo di infrastrutture tecnologiche regionali;
- La definizione delle scorte minime e sedi di stoccaggio di DM/DPI;
- La riorganizzazione delle attività contenendo/sospendendo quelle non urgenti, privilegiando dove possibile le attività a distanza, revisione degli standard pur nel rispetto della sicurezza di operatori e ospiti/pazienti;
- L'offerta formativa continua anche con eventi simulati per tutto il personale sanitario, di interesse sanitario e di altre categorie che operano nelle Unità di Offerta del Polo Territoriale (inclusi i volontari), in riferimento alle misure standard e di utilizzo dei DPI/DM;
- La garanzia di vaccinazione antinfluenzale e anti- Covid-19 ai soggetti a maggior rischio o appartenenti alle categorie prioritarie.

### **Fase di allerta**

Durante la fase di allerta si attuano le seguenti azioni propedeutiche:

- Individuazione criteri per la presa in carico progressiva di nuovi ospiti/pazienti,
- Individuazione percorsi e modalità di accoglienza/rientro di ospiti/pazienti e visitatori;
- Adozione delle misure igienico-sanitarie definite dal Ministero della Salute e per l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per operatori, ospiti/pazienti;
- Adozione delle procedure per la sorveglianza sanitaria per gli operatori e aggiornamento della Valutazione del Rischio di cui al titolo X D.Lgs. 81/08;
- Adozione delle precauzioni standard e specifiche nell'assistenza a tutti i pazienti/ospiti e loro monitoraggio clinico/laboratoristico per i casi e i contatti stretti (screening periodico per operatori e ospiti/pazienti);
- Gestione di eventuali casi positivi o sospetti tra ospiti/pazienti, operatori ed eventuali altri soggetti esterni (area di accoglienza temporanea dedicata, adeguato distanziamento fisico e isolamento funzionale fra gli ospiti; residenziali stanze dedicate per quarantena e isolamento);
- Gestione della sanificazione ordinaria e straordinaria di ambienti, di apparecchiature e di eventuali mezzi di trasporto per operatori/utenti, verifica areazione dei locali e degli impianti di ventilazione/climatizzazione;
- Predisposizione di specifici piani di formazione aziendale per la prevenzione da agente pandemico (esempio: SARS-CoV-2) per gli operatori e predisposizione di cartellonistica rivolta ai visitatori ed utenti;
- Regolamentazione/interruzione di nuove prese in carico presso UdO residenziali del Polo Territoriale con possibile sospensione di alcuni servizi della rete semiresidenziale/ambulatoriale/diurna, salvo l'erogazione in modalità alternative (esempio a domicilio o a distanza);
- Potenziamento delle attività di ADI e di teleassistenza in collaborazione con MMG/PLS e specialisti ospedalieri;
- Collaborazione con gli Enti locali/Ambito sociale e Terzo Settore per la presa in carico dei casi gestibili a domicilio con elevata vulnerabilità sociale.

### **Fase pandemica**

Le soluzioni restrittive che possono essere adottate, secondo un criterio progressivo di gravità dell'andamento epidemico/pandemico, dovranno consentire comunque:

- Le visite mediche a domicilio (MMG/PLS o ulteriori figure sanitarie predisposte in tale fase) quando il caso non è gestibile con solo contatto telefonico o con telesorveglianza;
- Le visite in ambulatorio solo presso locali idonei a garantire il distanziamento interpersonale, con adeguati ricambi d'aria e previo triage;
- Idonei percorsi e locali per isolamento casi sospetti/positivi per le strutture sociosanitarie residenziali (eventuale individuazione della struttura solo per casi positivi). Le azioni di controllo (screening) di ospiti e operatori devono essere proseguite.
- L'offerta di ADI deve essere potenziata anche con strumenti di Telemedicina.
- Deve essere continuo il confronto con gli Enti locali/Ambito territoriale per la gestione dei soggetti a domicilio con alta vulnerabilità per le attività di competenza.
- Le attività vaccinali necessarie devono essere parimenti garantite sia presso il domicilio che presso le strutture del polo Territoriale, con il ricorso dei Medici delle Cure Primarie e dei medici delle strutture stesse. Deve essere reso disponibile un supporto psicologico a favore degli operatori e di utenti ai fini di intercettare e contenere eventuali disagi psicologici.

### **Fase di transizione**

Nella fase di transizione si attuano:

- Il proseguimento del supporto psicologico a favore degli operatori o di utenti per fronteggiare eventuali disagi psicologici conseguenti all'evento pandemico;
- L'avvio/consolidamento di percorsi di monitoraggio clinico per escludere conseguenze tardive o sequele croniche (follow-up in capo al MMG/PLS con la collaborazione delle infermiere di famiglia/di comunità e degli Specialisti ambulatoriali interni ed ospedalieri);
- Il proseguimento delle attività vaccinali secondo protocolli.

## **4.3. Hospice e Cure Palliative Domiciliari**

L'Hospice è una struttura sociosanitaria di tipo residenziale destinata ad ospitare malati con patologie inguaribili in fase avanzata.

La cura del malato e della sua famiglia è l'obiettivo principale della struttura, che garantisce ai familiari la possibilità di far visita al proprio caro senza limiti di orario, compatibilmente con le disposizioni dell'Azienda. Il centro è integrato con i reparti e i servizi ospedalieri.

Il ricovero in struttura avviene attraverso i reparti ospedalieri, altre istituzioni sociosanitarie o dal domicilio tramite il medico di medicina generale.

È dotato di 10 posti letto, tutti in camera singola con possibilità di accogliere anche un eventuale accompagnatore.

L'Hospice è struttura sanitaria di tipo residenziale destinata ad ospitare malati terminali o comunque affetti da patologie inguaribili in fase avanzata.

La struttura complessa Cure Palliative fornisce interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura globale dei malati, adulti e pediatrici, in fase avanzata o terminale di malattia sia oncologica che cronico-degenerativa e cure simultanee oncologiche-palliative in caso di malattia inguaribile metastatica o localmente avanzata, non in fase di terminalità, suscettibile ancora di terapie specifiche. Integra gli aspetti terapeutici e assistenziali specialistici con il supporto relazionale, psicologico, sociale e spirituale per far fronte ai bisogni globali del malato e delle persone a lui care. La Struttura coordina la Rete di Cure Palliative rappresentata dall'insieme degli interventi integrati e coordinati volti a garantire la continuità assistenziale del malato fra l'ospedale e il territorio. La Rete di Cure Palliative comprende

i seguenti livelli di cura: l'assistenza domiciliare (UCP-dom), l'assistenza residenziale (Hospice), l'assistenza ambulatoriale specialistica e l'attività di consulenze palliative.

Inoltre, la struttura mette a disposizione dei pazienti cronici e fragili prestazioni di natura infermieristica, riabilitativa e di assistenza tutelare sia in ospedale, sia in struttura, sia a domicilio, necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita della persona fragile e dei suoi famigliari.

### **4.3.1 Azioni per Hospice e Cure Palliative Domiciliari**

#### **Fase di allerta e fase pandemica**

##### Hospice e Attività ambulatoriali:

- Locali di isolamento e quarantena:  
E' possibile adibire una o più stanze di degenza per ospiti in quarantena/positivi all'agente pandemico, a meno di differenti disposizioni nazionali/regionali. Le visite in ambulatorio saranno possibili solo presso locali idonei a garantire il distanziamento interpersonale, con adeguati ricambi d'aria (in caso di impianti di condizionamento non deve essere previsto il ricircolo), indossando idonei DPI e comunque previo triage per escludere sintomi sospetti/febbre.
- Ingresso nuovi ospiti:  
In caso di nuovi ingressi viene effettuato un triage per la rilevazione di eventuali sintomi respiratori. I nuovi pazienti vengono inoltre sottoposti a test per la ricerca dell'agente pandemico come da linee guida regionali/nazionali.
- Sorveglianza ospiti:  
Agli ospiti viene rilevata la temperatura corporea almeno una volta al giorno e in caso di comparsa di sintomatologia respiratoria/febbrile l'ospite viene posto in isolamento e viene effettuata ricerca diagnostica dell'agente pandemico (es. tampone).
- Gestione ospiti positivi:  
Il paziente positivo rimane all'interno della sua stanza singola. In caso di necessità cliniche può essere trasferito in un reparto ospedaliero.
- Modalità di accesso dei visitatori  
Considerata la peculiarità dei pazienti ricoverati si ritiene che in tutte le fasi pandemiche debba essere garantito il diritto alla visita da parte dei parenti. Per tutelare la sicurezza dei pazienti e dei visitatori si ritiene comunque necessario adottare le seguenti precauzioni:
  - ✓ Limitare il più possibile il numero dei visitatori per paziente;
  - ✓ Fornire ai visitatori gli adeguati DPI;
  - ✓ Accesso dei visitatori consentito solo in assenza di sintomatologia respiratoria e negatività ad eventuali test per la ricerca rapida dell'agente pandemico, secondo le indicazioni regionali e nazionali.

##### UCP-dom:

- Prosegue e potenzia le visite a domicilio con il fine di fornire la possibilità a più famigliari di accompagnare nel percorso del fine vita qualora non ritengano sufficienti le modalità di visita disposte dal responsabile della struttura residenziale, comunque in accordo con il referente della direzione sanitaria e sociosanitaria.

Potenzia il supporto psicologico, comunque sempre presente per operatori ed utenti ai fini di intercettare e contenere eventuali disagi psicologici conseguenti alle misure attuate per la gestione della pandemia, con particolare attenzione ai soggetti vulnerabili per età (es. gli adolescenti) o per condizioni soggettive predisponenti.

#### **Fase di transizione e Fase interpandemica**

Queste fasi sono caratterizzate dal graduale ripristino di tutte le attività previste nei vari setting.

## 4.4 Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)

Il servizio accreditato di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), afferente alla Struttura Semplice Coordinamento Disabilità e Fragilità, fornisce al domicilio prestazioni socio-sanitarie di tipo medico-specialistico, infermieristico, riabilitativo e assistenziale a favore di persone in condizioni di fragilità che per motivi di salute si trovano, in via temporanea o permanente, nella condizione di non poter svolgere in modo autonomo, del tutto o in parte, le normali attività di vita quotidiana e che non possono recarsi né essere trasportate nelle strutture sanitarie (ambulatori, ospedali e così via). Nell'ambito del servizio opera un'équipe multi-professionale costituita da un responsabile sanitario medico con funzioni di organizzazione del servizio, di valutazione e miglioramento della qualità, personale medico, personale infermieristico, terapisti della riabilitazione, uno psicologo e operatori OSS. Per l'attivazione dell'ADI è necessario che gli assistiti vivano in una abitazione consona alle attività assistenziali, che abbiano un supporto familiare adeguato. Il servizio viene attivato su richiesta del MMG o PLS o da altro specialista ospedaliero.

### 4.4.1 Azioni per il servizio di ADI

#### Fase interpandemica

L'ADI nella fase interpandemica:

- individua delle azioni per potenziare la capacità di risposta territoriale in caso di pandemia in qualsiasi ambito;
- definisce e aggiorna i protocolli di diagnosi, cura/presa in carico a domicilio dei casi sospetti, positivi o sintomatici;
- organizza la ricezione dai servizi interni aziendali, deputati all'approvvigionamento e distribuzione, su ordinazione del coordinatore individuato della UO, secondo le indicazioni normative del momento;
- favorisce l'attività formativa continua, promossa dall'azienda, di tutte le professioni sanitarie e di altri operatori (inclusi i volontari);
- promuove attività vaccinale antinfluenzale e anti-Covid-19 a favore dei soggetti target e/o vulnerabili ecc.);
- favorisce l'addestramento del personale sui comportamenti da adottare e rispetto all'utilizzo dei DPI/DM (con eventi simulati, flow chart e protocolli di vestizione e svestizione, corsi con il personale dei reparti di malattie infettive o comunque decisi e coordinati dal CIO).
- Collabora alle azioni di monitoraggio/controllo e aggiornamento con gli uffici interni aziendali e le ATS.

#### Fase di allerta

L'ADI nella fase di allerta:

- Collabora alla preparazione ed all'avvio delle azioni del piano territoriale;
- Riorganizza le azioni proporzionalmente all'andamento dei dati di contagio e del monitoraggio delle risorse umane, strutturali/logistiche, di DPI/DM, ecc.;
- Verifica i protocolli per la prevenzione e il controllo delle infezioni per la formazione del personale a rischio per l'agente pandemico;
- Dispone l'adozione delle misure igienico-sanitarie definite dal Ministero della Salute e per l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per operatori, utenti ed eventuali altri soggetti esterni, in base al profilo di rischio;
- Recepisce le procedure per la sorveglianza sanitaria per esposizione ad agente pandemico (esempio: SARS-CoV-2) di tutti gli operatori tenendo conto della vigente normativa in riferimento alla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro;
- Gestisce eventuali casi positivi o sospetti tra utenti, operatori ed eventuali altri soggetti esterni in collaborazione con i servizi aziendali interni preposti secondo le normative di legge;
- Gestisce la sanificazione ordinaria e straordinaria, di apparecchiature e dei mezzi di trasporto per operatori;
- Favorisce la partecipazione ad iniziative di formazione aziendale, oltre a quelle di carattere regionale/nazionale, per la prevenzione da agente pandemico rivolti ad operatori ed utenti e predisposizione di piani di informazione rivolti anche ai visitatori ed utenti (esempio: vestizione/svestizione DPI e loro indicazione);
- Adozione misure igieniche per la prevenzione e il contenimento dell'infezione correlata all'assistenza ICA; ecc.).

### **Fase pandemica**

L'ADI nella fase pandemica:

- Prosegue e potenzia le proprie attività, anche precedute da triage telefonico per intercettare i quadri sindromici;
- Potenzia anche il supporto psicologico, comunque sempre presente per operatori ed utenti ai fini di intercettare e contenere eventuali disagi psicologici conseguenti alle misure attuate per la gestione della pandemia, con particolare attenzione ai soggetti vulnerabili per età (es. gli adolescenti) o per condizioni soggettive predisponenti.

### **Fase di transizione**

L'ADI nella fase di transizione:

- Ripristina progressivamente la regolare attività del servizio;
- Prosegue nell'offerta di supporto psicologico a favore degli operatori o di utenti per fronteggiare eventuali disagi psicologici conseguenti all'evento pandemico;
- Collabora con i servizi aziendali interni ai percorsi di monitoraggio clinico per escludere conseguenze tardive o sequele croniche del personale;
- Prosegue le attività vaccinali secondo protocolli.

## 4.4. S.C. Coordinamento Attività Consultoriale

La struttura coordina la rete consultoriale dell'ASST di Mantova che risulta ampiamente ramificata su tutto il territorio provinciale assicurando un'assistenza capillare e prossima ai luoghi di vita delle donne e delle loro famiglie e un contatto con i punti nascita aziendali, garantendo percorsi di continuità ospedale-territorio.

Svolge attività integrata con i Distretti e le Casa di Comunità.

Il Consultorio Familiare è un presidio multiprofessionale di prevenzione e assistenza sanitaria-psicologica-sociale alla persona, alla coppia e alla famiglia in tutte le fasi del ciclo di vita. È orientato alla prevenzione e alla promozione della salute e del benessere nella donna, nella coppia e nella famiglia; integra al suo interno l'assistenza sanitaria e sociosanitaria in unico punto di accesso per gli utenti.

### 4.4.1 Azioni per i Consulori

#### **Fase interpandemica**

La SC Coordinamento Attività Consultoriale, nella fase interpandemica:

- definisce e aggiorna i protocolli di diagnosi, cura/presa in carico a domicilio dei casi sospetti, positivi o sintomatici (si vedano i protocolli aziendali già in uso per pandemia da Covid-19);
- organizza la ricezione dai servizi aziendali, deputati all'approvvigionamento e distribuzione, dei DPI/DM presso i servizi consultoriali, su ordine del coordinatore individuato della UO, secondo le indicazioni normative del momento;
- favorisce l'attività formativa continua, promossa dall'azienda, di tutte le professioni sanitarie e di altri operatori (inclusi i volontari) che lavorano presso i servizi consultoriali di qualsiasi setting;
- promuove attività vaccinale antinfluenzale e anti-Covid-19 a favore dei soggetti target e/o vulnerabili ecc.) in tutte le sedi aziendali di propria competenza;
- favorisce l'addestramento del personale sui comportamenti da adottare e rispetto all'utilizzo dei DPI/DM (con eventi simulati);
- Collabora alle azioni di monitoraggio/controllo e aggiornamento con gli uffici aziendali e le ATS.

#### **Fase di allerta**

La SC Coordinamento Attività Consultoriale nella fase di allerta pandemica:

- persegue le azioni definite e concordate al tavolo di Coordinamento per la Rete Territoriale (CRT);
- identifica la catena di comando locale e la notifica a tutti i dipendenti della propria UO;
- collabora alla preparazione ed all'avvio delle azioni del piano territoriale;
- riorganizza le azioni proporzionalmente all'andamento dei dati di contagio e del monitoraggio delle risorse umane, strutturali/logistiche, di DPI/DM, ecc.;
- verifica i protocolli per la prevenzione e il controllo delle infezioni per la formazione del personale a rischio per l'agente pandemico (mappatura e aggiornamento);
- dispone l'adozione delle misure igienico-sanitarie definite dal Ministero della Salute e per l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per operatori, utenti ed eventuali altri soggetti esterni, in base al profilo di rischio oltre ad eventuali misure alternative quali il distanziamento interpersonale, in caso di non applicabilità funzionale;
- recepisce le procedure per la sorveglianza sanitaria per esposizione ad agente pandemico (esempio: SARS-CoV-2) di tutti gli operatori tenendo conto della vigente normativa in riferimento alla tutela della salute e della

sicurezza dei lavoratori sui luoghi di lavoro con aggiornamento della Valutazione del Rischio di cui al titolo X D. Lgs. 81/08 e degli eventuali adempimenti conseguenti disposte dai servizi aziendali interni preposti;

- gestisce eventuali casi positivi o sospetti tra utenti, operatori ed eventuali altri soggetti esterni in collaborazione con i servizi aziendali preposti;
- gestisce la sanificazione ordinaria e straordinaria di ambienti, di apparecchiature e di eventuali mezzi di trasporto per operatori;
- favorisce la partecipazione ad iniziative di formazione aziendale, oltre a quelli di carattere regionale/nazionale (cfr. corsi Polis e corsi ISS, anche in modalità FAD), per la prevenzione da agente pandemico (esempio: SARS-CoV-2) rivolti a tutte le tipologie di operatori e predisposizione di piani di informazione rivolti anche ai visitatori ed utenti (esempio: vestizione/svestizione DPI e loro indicazione; adozione misure igieniche per la prevenzione e il contenimento dell'infezione correlata all'assistenza ICA; ecc.);
- regola/interrompe le nuove prese in carico con possibile sospensione di alcuni servizi della rete ambulatoriale, salvo l'erogazione in modalità alternative (a domicilio o a distanza);
- Interrompe l'ingresso di visitatori/familiari, assicurando adeguate misure alternative (contatti a distanza) e comunque nel rispetto delle esigenze psicologiche/affettive e relazionali dell'utenza con particolare riguardo ai minori e fragili;
- attiva dei percorsi di sostegno sociale per i casi gestibili a domicilio ma con elevata vulnerabilità sociale (esempio: anziani o disabili senza valida rete familiare/amicale; homeless o altre forme di emarginazione sociale; persone extracomunitarie senza permesso di soggiorno; soggetti con disagi logistici/abitativi o di reddito; ecc.) al fine di poter garantire adeguato supporto (esempio: fornitura pasti; attività disbrigo commissioni essenziali non praticabili a causa di misure quali l'isolamento/quarantena; igiene della casa; supporto relazionale; ecc.) in raccordo anche con operatori del Terzo Settore e il Volontariato, secondo modalità organizzative preventivamente individuate a livello di ciascun Ambito Territoriale.

#### **Fase pandemica**

La SC Coordinamento Attività Consultoriale nella fase pandemica:

- adotta soluzioni restrittive, secondo un criterio progressivo di gravità dell'andamento epidemico/pandemico; vengono consentite comunque le visite a domicilio quando il caso non è gestibile con solo contatto telefonico o con telesorveglianza e purché in presenza di idonei DPI. Le attività del consultorio non devono ritenersi altrettanto rinviabili, quanto piuttosto oggetto di potenziamento sia in termini organizzativi, di risorse professionali che di prossimità agli utenti;
- le visite in ambulatorio saranno possibili solo presso locali idonei a garantire il distanziamento interpersonale, con adeguati ricambi d'aria (in caso di impianti di condizionamento non deve essere previsto il ricircolo), indossando idonei DPI e comunque previo triage per escludere la presenza di sintomi sospetti/febbre;
- con particolare riferimento alle donne a domicilio e con alta vulnerabilità non solo clinica (es.: donne sole prive di rete amicale/parentale, con disturbi mentali, extra-comunitari, homeless, ecc.), individua soluzioni ricettive temporanee, in collaborazione con ATS, per evitare il ricorso non appropriato alla rete ospedaliera a scapito dei casi più gravi e delle attività sanitarie (incluse quelle ambulatoriali) comunque non procrastinabili;
- rende disponibile un supporto psicologico a favore degli operatori e di utenti ai fini di intercettare e contenere eventuali disagi psicologici conseguenti alle misure attuate per la gestione della pandemia, con particolare attenzione ai soggetti vulnerabili per età (es. gli adolescenti) o per condizioni soggettive predisponenti.

#### **Fase di transizione**

La SC Coordinamento Attività Consultoriale nella fase di transizione:

- ripristina progressivamente la regolare attività del servizio;
- prosegue nell'offerta di supporto psicologico a favore degli operatori o di utenti per fronteggiare eventuali disagi psicologici conseguenti all'evento pandemico;

- collabora con i servizi aziendali ai percorsi di monitoraggio clinico per escludere conseguenze tardive o sequele croniche del personale;
- prosegue le attività vaccinali.

## 4.5 S.C. Vaccinazioni

Alla struttura afferiscono le seguenti attività:

- vaccinazione universale: tutta l'attività erogativa comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta vaccinale secondo gli specifici indirizzi regionali,
- vaccinazioni categorie a rischio per patologia o per status: tutta l'attività erogativa comprese le fasi di pianificazione e gestione dell'offerta secondo gli specifici indirizzi regionali in accordo con le strutture organizzative cliniche, con la medicina del territorio, e con i gestori nell'ambito del percorso di Presa in Carico dei pazienti cronici,
- vaccinazione poste esposizione,
- profilassi internazionale,
- vaccinazioni in co-pagamento,
- raccordo tra le Attività di sorveglianza, prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza – ICA e la SC Medicina Preventiva nelle Comunità di ATS.

### 4.5.1 Azioni per le Vaccinazioni

#### **Fase interpandemica**

In fase interpandemica è prevista la normale attività vaccinale erogata all'interno del centro vaccinale, secondo calendario vigente. La Medicina del Lavoro si occupa della campagna antinfluenzale annuale rivolta agli operatori sanitari dell'Azienda.

Si provvederà altresì a formulare un percorso formativo preliminare del personale.

#### **Fase di allerta e Fase pandemica**

Saranno garantite le vaccinazioni previste dal Piano Nazionale Vaccinale, prioritariamente alla popolazione più fragile e ai minori di età compresa fra i 2 mesi e i 5 anni.

È fondamentale l'implementazione rapida di una campagna vaccinale efficace non appena ci sia la disponibilità del vaccino per l'agente pandemico circolante. ASST eroga l'attività presso le proprie sedi, convertendo altri servizi, e collabora/supporta Centri Hub vaccinali esterni come da programmazione regionale.

ASST partecipa alla campagna regionale secondo le indicazioni fornite dalle Autorità competenti. In linea di massima l'implementazione dell'attività vaccinale in fase pandemica riguarda i seguenti gruppi di popolazione, con priorità definite a livello regionale:

- *Vaccinazione degli operatori sanitari*  
La Medicina del Lavoro programma la campagna rivolta agli operatori. Collaborano anche medici volontari, medici specialisti in igiene e medicina preventiva, medici in servizio disponibili, non impegnati in altre attività sanitarie, personale infermieristico disponibile in quanto non impegnato in altre attività sanitarie.  
La Farmacia identifica gli spazi per lo stoccaggio dei vaccini secondo le caratteristiche tecniche del prodotto, acquisendo eventualmente le tecnologie necessarie.  
La S.C. Accoglienza - CUP - Attività Monitoraggio Libera Professione fornisce supporto amministrativo per le attività di prenotazione e accettazione.
- *Vaccinazione dei pazienti*  
Ipotizzando che alla vaccinazione da nuovo agente pandemico abbiano accesso prioritario i pazienti cronici, fragili e immunocompromessi, la DMPO, di concerto con i Direttori delle Strutture che hanno in carico i pazienti,

predisporre gli elenchi nominativi dei soggetti già in cura presso la ASST che dovranno essere vaccinati in via prioritaria.

- *Vaccinazione della popolazione generale* (secondo priorità definite dal programma regionale)
- *Vaccinazioni al domicilio (rivolte a pazienti allettati e/o grandi anziani)*  
ASST fornisce ad ATS la disponibilità delle agende relativamente alla prenotazione della vaccinazione per la popolazione generale. Il coordinamento è in carico ad ATS.  
Gli Infermieri di famiglia e Comunità vaccinano al domicilio dei pazienti non trasportabili occupandosi della gestione del farmaco (come, ad esempio, diluizione e allestimento) ed eventualmente della somministrazione.

### **Fase di transizione**

Si attua un progressivo ripristino delle attività secondo Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale.

## **4.6 Dipartimento Cure Primarie**

Dal 1° ottobre 2023 le attività del Dipartimento Cure Primarie (DCP) transitano dalle ATS alle ASST, come descritto nelle “Indicazioni e linee guida per l’inserimento delle Cure Primarie all’interno delle ASST, con particolare riguardo all’operatività e ai processi organizzativi ed erogativi a cavallo dei distretti”, allegate alla nota di Regione Lombardia prot. n. G1.2023.0037357 del 25/09/2023, ad oggetto “Ulteriori indicazioni in merito al trasferimento dei dipartimenti cure primarie”.

Tenuto conto dell’istituzione del Dipartimento di Cure Primarie con Decreto del D.G. di ASST n.282 del 30/03/2022, ASST di Mantova ha preso atto del trasferimento delle attività di cure primarie in capo al Dipartimento Cure Primarie di ASST mediante i Decreti del Direttore Generale n. 1024 del 28/09/2023, recante sottoscrizione di apposita convenzione con ATS della Val Padana, e con il successivo Decreto del Direttore Generale di ASST n. 1073 del 05/10/2023 (ad oggetto “PRESA D’ATTO DEL PROTOCOLLO D’INTESA PER IL TRASFERIMENTO DEL DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE (DCP) DALL’ATS DELLA VAL PADANA ALLE ASST DI MANTOVA, ASST DI CREMONA E ASST DI CREMA - AREA DEL PERSONALE”).

### **4.6.1 Azioni per il Dipartimento Cure Primarie**

#### **Fase interpandemica**

Il DCP nella fase interpandemica:

- Aggiorna i rappresentanti dei Medici di Assistenza Primaria (MAP) nei tavoli di Coordinamento Reti territoriali (CRT);
- Definisce i fabbisogni dei DPI;
- Organizza periodici confronti con i referenti delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT/CRT) per l’aggiornamento in merito:
  - o alla integrazione dei Medici e Pediatri di Famiglia con le Unità di Continuità Assistenziale (UCA, se istituite nell’ambito dei Distretti) e i Medici di Continuità Assistenziale (MCA),
  - o alla prescrizione e modalità di distribuzione/consegna domiciliare di ossigenoterapia,
  - o alla prescrizione dematerializzata,
  - o all’utilizzo dei DPI/DM,
  - o all’evoluzione epidemiologica;
- Diffonde a cascata le informazioni a tutti i MAP;
- Implementa l’adesione dei MAP al telemonitoraggio con aggiornamento delle piattaforme utilizzabili; all’inserimento di ogni nuovo Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Famiglia (PdF), convenzionato o incaricato provvisorio provvede a fornire adeguata informazione e documentazione.

#### **Fase di allerta**

Il DCP nella fase di allerta pandemica:

- Diffonde ai MAP delle informazioni relative a:
  - o procedure per la sorveglianza sanitaria (attiva, passiva, in telemonitoraggio) e alla sanificazione ordinaria e straordinaria degli studi dei MAP,
  - o regolamentazione dell'accesso degli assistiti presso gli studi,
  - o rete di offerta (UCA, ADI, percorsi di sostegno psico-sociali, Degenze di Sorveglianza, modalità di raccordo con l'Infermiere di famiglia e di Comunità. ecc.),
  - o attività di testing presso il proprio studio o in altri luoghi di erogazione,
  - o modalità di integrazione – collaborazione con i colleghi delle UCA (se istituite nell'ambito dei Distretti);
- Assicura agli assistiti la contattabilità dei MMG e PLS per tutta la giornata con le modalità definite;
- Raccorda i MAP con gli specialisti ospedalieri per teleconsulto e condivisione di PDTA territoriali e dei criteri di ospedalizzazione;
- Provvede ad azioni di dematerializzazione prescrittiva e certificativa da parte dei MAP.

### **Fase pandemica**

Durante la fase pandemica deve essere assicurato il pieno coinvolgimento degli Enti della Rete Territoriale e dei medici di Cure Primarie, in applicazione dei protocolli definiti in fase interpandemica, continuando il necessario monitoraggio delle risorse e dell'andamento dei casi positivi e della loro gravità.

Le soluzioni restrittive che possono essere adottate, secondo un criterio progressivo di gravità dell'andamento epidemico/pandemico, dovranno consentire comunque le visite mediche a domicilio quando il caso non è gestibile con solo contatto telefonico o con telesorveglianza e purché in presenza di idonei DPI. Le visite in ambulatorio saranno possibili solo presso locali idonei a garantire il distanziamento interpersonale, con adeguati ricambi d'aria (in caso di impianti di condizionamento non deve essere previsto il ricircolo), indossando idonei DPI e comunque previo triage per escludere la presenza di sintomi sospetti/febbre.

Il DCP nella fase pandemica:

- Potenzia le UCA al fine di garantire un supporto all'attività del Medio e Pediatra di Famiglia.
- Conferma/aggiorna ai MAP i PDTA di assistenza territoriale, i recapiti dei consulenti ospedalieri e i percorsi di accesso alla diagnostica presso i centri dedicati.
- Assicura ai MAP la copertura del fabbisogno di DPI e di tamponi diagnostici.

### **Fase di transizione**

Il DCP nella fase di transizione:

- Fornisce indicazioni ai MAP sull'accesso degli assistiti presso gli studi secondo le consuete modalità adottate dai singoli medici con eventuale accesso libero degli assistiti quando previsto.
- Funge da raccordo dei MAP con gli specialisti ospedalieri e gli infermieri di famiglia e di comunità per condivisione di percorsi di monitoraggio clinico per prevenire eventuali sequele tardive/croniche.

### ***Ruolo del DCP per le attività vaccinali nelle fasi di allerta, pandemica e di transizione***

Nell'ambito delle vaccinazioni, il Dipartimento Cure Primarie coordina l'attività vaccinale eseguita dai MMG e PLS attraverso:

- la diffusione di indicazioni nazionali e regionali;
- l'attivazione di applicativo per la richiesta delle dosi per tipologia di vaccino;
- le modalità di ritiro vaccini in DPC;
- il supporto per rimodulazione delle dosi, registrazione nel portale di Poste Italiane (CV singolo MMG) e soluzione criticità.

Il DCP attiva, inoltre, il processo per le vaccinazioni domiciliari secondo le indicazioni nazionali e regionali con periodico aggiornamento dei medici disponibili a questa attività.

**5. PIANO DI PREVENZIONE DELLE SINDROMI RESPIRATORIE 2023/2024 (Allegato 1 alla DGR n. XII/1125 del 16/10/2023)**

## Piano di Prevenzione delle sindromi respiratorie 2023/2024

### Sommario

<b>Piano di Prevenzione delle sindromi respiratorie 2023/2024</b> .....	1
<b>SISTEMI DI SORVEGLIANZA</b> .....	2
Sistema di Sorveglianza Covid .....	2
SMI Il Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive .....	2
RICOVERI COVID e TERAPIA INTENSIVA COVID e altre patologie.....	3
INFLUNET .....	3
SORVEGLIANZA LABORATORISTICA DELLE SINDROMI RESPIRATORIE PRONTO SOCCORSO	3
ANALISI SINDROMICA RESPIRATORIA .....	3
<b>LIVELLI DI ATTIVAZIONE</b> .....	4
<b>AZIONI PREVISTE</b> .....	6
<b>ALERT NUOVA VARIANTE/VIRUS INFLUENZALE NON MATCH CON I VACCINI/VIRUS IGNOTO</b>	11
<b>ALERT SMI (Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive)</b> .....	11
<b>Sindromi Respiratorie capacità previsionale</b> .....	11

## SISTEMI DI SORVEGLIANZA

Ad oggi regione Lombardia ha a disposizione più sistemi di sorveglianza attivi per il controllo delle sindromi respiratorie.

### Sistema di Sorveglianza Covid

Il sistema di sorveglianza Covid misura:

- casi;
- segnalazioni;
- numero ricoverati;
- casi in terapia intensiva;
- decessi;
- tamponi;
- R<sub>t</sub>;
- varianti;
- proiezioni casi.

### SMI Il Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive

È il sistema di sorveglianza delle malattie infettive, realizzato in Regione Lombardia per sostituire il software MAINF che, nato nel 2000, ha mostrato diversi limiti emersi soprattutto nel corso della recente pandemia a causa dell'obsolescenza informatica con cui era realizzato e della difficoltà di integrazione dei vari flussi informativi. Dapprima si è pertanto realizzato eCovid, gestionale per la sola gestione del covid19, e con l'allentarsi della pandemia gli è subentrato SMI, il cui sviluppo e evoluzione sul campo ha consentito una gestione più ordinata ed efficiente dei processi di lavoro e di trasmissione dei dati; ad oggi eCovid e SMI convivono.

Il nuovo sistema SMI supporta tutto il processo di sorveglianza delle malattie infettive a partire dal sospetto fino alla presa in carico del soggetto malato (caso), compresi ove previsti il tracciamento e il trattamento dei contatti potenzialmente esposti, intercettando e prendendo in carico gli eventi a rischio occorsi sul territorio, terminando con la trasmissione dei dati al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità mediante specifici flussi informativi in cooperazione applicativa.

SMI è articolato in Segnalazioni e Pratiche, accendendo al primo i medici possono inviare le segnalazioni di casi anche solo al sospetto della malattia, attraverso un'interfaccia semplice e intuitiva che garantisce al contempo la messa a disposizione di tutti i contenuti informativi specifici per ogni singola malattia, nonché l'accesso diretto a dati sanitari utili alla diagnosi (es. vaccinazioni pregresse); le ATS una volta ricevuta la segnalazione la prendono in carico e, dopo aver effettuato l'indagine epidemiologica, confermano o meno il caso e completano la singola pratica con tutte le informazioni necessarie.

Il ritorno delle informazioni da parte delle ATS verso SMI segnalazioni, consente al medico segnalatore di conoscere lo stato della segnalazione effettuata, la sua effettiva presa in carico e gli elementi aggiunti in sede di inchiesta epidemiologica; in caso di necessità inoltre le ATS possono chiedere al medico la modifica di dati incompleti o errati e il medico stesso potrà comunicare nuovi elementi che si sono resi disponibili durante il periodo di gestione del caso attraverso la funzione di integrazione della segnalazione iniziale.

### RICOVERI COVID e TERAPIA INTENSIVA COVID e altre patologie

Consistono in flussi giornalieri registrati sul portale cyber-ark che permettono il monitoraggio quotidiano e l'andamento dei due parametri. Questi dati sono riportati nei bollettini del Ministero della Salute e di Regione Lombardia.

### INFLUNET

Consiste in un bollettino settimanale sull'andamento dell'influenza nel territorio lombardo, realizzato in collaborazione con la Sezione di Virologia dell'Università degli studi di Milano con il coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ai quali la Regione Lombardia ha affidato l'attività di sorveglianza epidemiologica e virologica dell'influenza.

### SORVEGLIANZA LABORATORISTICA DELLE SINDROMI RESPIRATORIE PRONTO SOCCORSO

Consiste in un portale di caricamento di file in tabella (excel) nei quali si descrive quante sono e quali sono le ILI rilevate nel PS della specifica struttura durante l'arco temporale settimanale. I laboratori clinici partecipanti al sistema di sorveglianza devono effettuare la rendicontazione delle analisi di laboratorio a Regione Lombardia tramite flusso epidemiologico. Il file contenente i dati raccolti dal lunedì alla domenica, dovrà essere inserito su base settimanale entro le ore 12:00 del mercoledì della settimana successiva all'interno del portale LimeSurvey.

### ANALISI SINDROMICA RESPIRATORIA

Tramite analisi dei flussi di Pronto Soccorso (EUOL), dei ricoveri (SDO), dei social media, delle prescrizioni di prestazione, è stato realizzato un sistema di controllo degli alert di accesso ai PS che permette la visione di eventi anomali e di essere previsionali rispetto a picchi di sindromi respiratorie.

## LIVELLI DI ATTIVAZIONE

Nella tabella di seguito sono evidenziati i livelli di attivazione. Per il passaggio da un livello all'altro è prevista una valutazione da parte della DG Welfare che tiene conto dei sistemi di sorveglianza sopraccitati e degli indicatori complessivi del SSR. In tabella sono riportati comunque degli indicatori trigger a scopo orientativo, che non prevedono automatismi nel passaggio di fase.

	<b>Significato</b>	<b>INDICATORI trigger</b>
REGIME ORDINARIO	<p>BASSA INCIDENZA DELLE SINDROMI RESPIRATORIE</p> <p>Le ILI hanno una incidenza BASSA.</p> <p>I pronto soccorso non hanno problemi di gestione delle ILI/SARI.</p> <p>Il covid o l'influenza non hanno un impatto significativo sulla gestione ospedaliera e sulle terapie intensive.</p>	<p><b>Incidenza ILI &lt;10/1000 assistiti</b></p> <p><b>Analisi indicatori covid</b></p>
ATTIVAZIONE TERRITORIALE	<p>AUMENTO DELL'INCIDENZA DELLE SINDROMI RESPIRATORIE</p> <p>Le ILI hanno una incidenza MEDIA.</p> <p>I pronto soccorso non hanno problemi di gestione delle ILI/SARI.</p> <p>Il covid o l'influenza non hanno un impatto significativo sulla gestione ospedaliera e sulle terapie intensive.</p>	<p><b>Incidenza ILI &gt;10/1000 assistiti</b></p> <p><b>Analisi indicatori covid (R<sub>t</sub> ospedaliero, Incidenza)</b></p>
ATTIVAZIONE PRONTO SOCCORSO	<p>IMPATTO DELLE SINDROMI RESPIRATORIE SUL SISTEMA EMERGENZA URGENZA</p> <p>I Pronto Soccorso registrano un aumento degli accessi e iniziano a riscontare problemi nella gestione delle ILI/SARI.</p> <p>Il Covid o l'influenza non hanno un impatto significativo sulla gestione delle degenze ospedaliere e sulle terapie intensive.</p>	<p><b>Tempo di sbarellamento in PS: Valore del 75° percentile del tempo di sbarellamento maggiore di 60 minuti in più di 3 Dea adiacenti e per più di 3 giorni</b></p> <p><b>Indicatore iperafflusso: Superamento del 91° percentile del n. di pz. quotidianamente e storicamente accolti in PS in più di 3 Dea adiacenti e per più di 3 giorni</b></p> <p><b>Posti letto TI covid o flu &lt;50</b></p>
ATTIVAZIONE OSPEDALIERA LIVELLO 1	<p>IMPATTO DELLE SINDROMI RESPIRATORIE SUL SISTEMA OSPEDALIERO</p> <p>Il covid o l'influenza iniziano ad avere un impatto sulla gestione delle degenze ospedaliere e/o sulle terapie intensive; tuttavia, nel complesso, la funzionalità</p>	<p><b>Posti letto TI covid o flu &gt;50</b></p> <p><b>Posti letto OSP covid &gt;500 (malattia primaria)</b></p>

	del sistema ospedaliero è integralmente preservata.	
ATTIVAZIONE OSPEDALIERA LIVELLO 2	<p>IMPATTO DELLE SINDROMI RESPIRATORIE SUL SISTEMA OSPEDALIERO</p> <p>Il Covid o l'influenza hanno un impatto significativo sulla gestione delle degenze ospedaliere e/o sulle terapie intensive: le strutture ospedaliere devono riorganizzarsi per dedicare risorse alla gestione delle sindromi influenzali; tuttavia, nel complesso, la funzionalità del sistema ospedaliero è integralmente preservata.</p>	<p><b>Posti letto TI covid o flu &gt;100</b>  <b>Posti letto OSP covid &gt;1000</b>  <b>(malattia primaria)</b></p>
ATTIVAZIONE OSPEDALIERA LIVELLO 3	<p>IMPATTO PREVALENTE SINDROMI RESPIRATORIE SUL SISTEMA OSPEDALIERO</p> <p>Il Covid o l'influenza Impattano in maniera importante sulla gestione delle degenze ospedaliere e/o sulle terapie intensive: le strutture ospedaliere diminuiscono l'attività ordinaria per dedicare risorse alla gestione delle sindromi influenzali.</p>	<p><b>Posti letto TI covid o flu &gt;150</b>  <b>Posti letto OSP covid &gt;1500</b>  <b>(malattia primaria)</b></p>
ATTIVAZIONE EPIDEMICA	<p>IMPATTO PREVALENTE SINDROMI RESPIRATORIE SU SSR</p> <p>Il Covid o l'influenza Impattano in maniera critica sulla gestione ospedaliera e/o sulle terapie intensive: le strutture ospedaliere sospendono l'attività ordinaria per dedicare totalmente le risorse alla gestione delle sindromi influenzali.</p>	<p><b>Posti letto TI covid o flu &gt;300</b>  <b>Posti letto OSP covid &gt;3000</b>  <b>(malattia primaria)</b></p>

## AZIONI PREVISTE

Le azioni di seguito indicate saranno implementate, al momento della loro attivazione secondo i criteri stabiliti, nel sistema informativo regionale di monitoraggio del piano pandemico, a disposizione delle ATS e delle ASST del territorio. Questo fornirà a tutti gli attori uno strumento appositamente pensato per verificare la loro capacità di implementare le attività previste e al contempo consentirà al livello regionale di avere una visione d'insieme, organica e strutturata.

### REGIME ORDINARIO

Incidenza ILI <10/1000 assistiti

<b>OSPEDALE</b>	<p>Verifica della disponibilità di DPI e mascherina in tutti i reparti e per attività assistenziali. Tampone Covid (o per altri patogeni a trasmissione respiratoria) per ricovero nei reparti fragili. Offerta del Vaccino Antinfluenzale e anti-Covid a tutti gli operatori (obiettivo copertura antinfluenzale e anti covid in personale sanitario &gt; 50%). Valutazione di eventuali misure di isolamento per pazienti sintomatici.</p> <p>Promozione di momenti di formazione agli operatori sanitari per promuovere il lavaggio delle mani e il corretto uso dei DPI</p>
<b>TERRITORIO</b>	<p>Offerta del Vaccino Antinfluenzale e anti-Covid presso centri vaccinali e nelle farmacie territoriali.</p> <p>Regime ordinario delle visite della Medicina generale. Verifica e preparazione della possibilità di aumento dell'offerta di prestazioni di guardia medica e di infermieri di comunità di cui al punto a del livello successivo. Verifica della capacità di testing in ottemperanza a quanto previsto dalla DELIBERAZIONE N° XII / 63 del 27/03/2023</p> <p>ATS mappa la disponibilità di posti letto subacuti per la dimissione dei pazienti dagli ospedali e definisce il volume previsto in maniera proporzionale al proprio territorio. ATS, in un'ottica One Health, promuove incontri interdipartimentali DIPS – Dipartimento Veterinario per monitorare l'andamento epidemiologico di patogeni respiratori in cui è documentata la trasmissione da animale a uomo e viceversa. Promozione di interventi di screening su animali e umani per infezioni sospette/confermate che coinvolgono animali e uomo.</p>
<b>AREU</b>	<p>Effettua il monitoraggio degli indicatori relativi al sistema E-U e lo trasmette alla DGW e alle ASST</p>
<b>UDO SS</b>	<p>Regime ordinario Attivazione percorsi di isolamento (anche in coorte) in coerenza con quanto previsto dal Piano operativo Pandemico (POP) Implementazione di quanto previsto dalla DGR 1025/2023 allegato 2 "AGGIORNAMENTO DEL PROTOCOLLO DI PREVENZIONE E GESTIONE DEI CONTAGI POST EMERGENZA COVID - STRUTTURE DELLA RETE TERRITORIALE".</p> <p>Offerta del Vaccino Antinfluenzale e anti-Covid nelle UdO RSA e RSD Verifica della disponibilità di DPI e Mascherina in tutti i reparti e per attività assistenziali. Mantenimento della formazione interna in tema di gestione delle malattie infettive, lavaggio mani e il corretto uso dei DPI</p>

<b>COMUNITA' SCUOLA</b>	Sensibilizzazione alla partecipazione alle campagne vaccinali.
-------------------------	--

## ATTIVAZIONE TERRITORIALE (azioni in aggiunta ai livelli precedenti)

### Incidenza ILI >10/1000 assistiti

<b>OSPEDALE</b>	<p>Mascherina raccomandata per tutte le attività, anche ambulatoriali. Campagne straordinarie di Vaccinazione per gli operatori. Verifica in ogni reparto con gli operatori della corretta gestione delle infezioni respiratorie/isolamento (evidenza di almeno un momento di incontro con operatori per diffusione procedure e analisi delle ICA).</p> <p>Il Polo Ospedaliero preallerta i Centri HUB e Spoke. Tampone Covid (o per altri patogeni a trasmissione respiratoria) per i nuovi ingressi e per ospiti sintomatici – eventuale ripetizione del test (screening a cadenza settimanale) per pazienti fragili. Valutazione di eventuali misure di isolamento per pazienti sintomatici.</p> <p>Allestimento di eventuali percorsi dedicati (UU.OO. e ambulatoriali) per garantire la continuità assistenziale e terapeutica</p> <p>Organizzazione di almeno 2 incontri mensili del I livello di RL-INFLU, come definito dalla DGR n° XII/63 del 27/03/2023 per sorveglianza di risorse e livelli di erogazione dei laboratori.</p>
<b>TERRITORIO</b>	<p>ATS convoca i referenti dei laboratori delle ASST e valuta la capacità di testing in ottemperanza a quanto previsto dalla DELIBERAZIONE N° XII / 63 del 27/03/2023 e la necessità di incrementare tale capacità con il coinvolgimento eventuale di MMG/PLS – Strutture Pubbliche Private Accreditate Contrattualizzate e Farmacie.</p> <p>ATS, in un'ottica One Health, promuove incontri interdipartimentali DIPS – Dipartimento Veterinario per monitorare l'andamento epidemiologico di patogeni respiratori in cui è documentata la trasmissione da animale a uomo e viceversa. Promozione di interventi di screening su animali e umani per infezioni sospette/confermate che coinvolgono animali e uomo. I Direttori di Distretto garantiscono nelle aree critiche un rinforzo dell'attività di guardia medica, facilitano l'attivazione di visite domiciliari da parte dei medici (tramite la Continuità Assistenziale e sensibilizzando la Medicina di famiglia per i propri assistiti) oppure tramite l'infermiere di comunità (IFeC), ove sia più appropriato in relazione al bisogno del paziente (tramite anche supporto degli osservatori epidemiologici per la stratificazione dei rischi dei pazienti). In particolare, per i bisogni di sola assistenza infermieristica, tramite gli IFeC, i Direttori di Distretto valutano nelle aree più critiche l'attivazione di ambulatori dedicati presso le Case di Comunità (garantendo sempre un raccordo operativo con referenti medici in caso di bisogno).</p> <p>La necessità di visite ADP (Assistenza Domiciliare Programmata) per i MMG non sarà soggetta ad autorizzazione da parte di ATS nei mesi interessati.</p> <p>Per i pazienti fragili si invitano i MMG e le equipe di valutazione multidimensionale dei poli territoriali della ASST a definire progetti individuali di cure domiciliari a maggiore intensità assistenziale anche in relazione alla eventuale emergenza, da erogarsi attraverso la rete degli enti gestori accreditati e a contratto.</p> <p>Le ASST sensibilizzano gli enti gestori ADI ad attivare per i pazienti già in carico la valutazione dei rischi legati alle sindromi respiratorie, verificando anche la necessità di un aumento della frequenza delle visite domiciliari stesse, procedendo alla rivalutazione in funzione dell'individuazione di livelli più intensivi di assistenza domiciliare;</p> <p>Le ASST/IRCCS attivano percorsi di dimissione protetta in raccordo con i Comuni (servizi sociali), MMG/PLS, COT territoriali.</p>

	<p>Vengono attivati percorsi di presa in carico e di supporto al cittadino che permettano alle segnalazioni relative ai casi emergenziali, o ai pazienti fragili in dimissione dai reparti ospedalieri, effettuate da parte dei Comuni, MMG/PLS, presidi ospedalieri, cittadini di essere convogliate verso le Centrali Operative Territoriali e attraverso le medesime ai Punti Unici di Accesso delle Case di Comunità. Tali percorsi si esplicano, in raccordo con gli MMG, nell'attivazione degli IFeC e degli Assistenti Sociali, ai fini della realizzazione di percorsi domiciliari integrati.</p> <p>Aperture straordinarie/giornate dedicate delle ASST (es.: sabato e domenica) per l'Offerta del Vaccino Antinfluenzale e anti-Covid.</p> <p>Monitoraggio da parte di ATS con invio in DG Welfare settimanale di:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambulatori di guardie mediche attivati (ordinari e straordinari);</li> <li>- visite domiciliari attivate.</li> </ul> <p>Focus di aggiornamento per la Medicina generale in merito all'utilizzo di monoclonali e antivirali.</p> <p>Attivazione di specifici percorsi di formazione degli MMG e dei medici delle UDO socio-sanitarie da parte delle malattie infettive degli ospedali territorialmente competenti, in accordo con quanto previsto dalla DGR 4927/2021</p> <p>L'ATS o la ASST valuta congiuntamente alla UO Prevenzione di Regione Lombardia l'eventuale necessità di attivare COVID "Hotel" per garantire l'isolamento e le cure a bassa intensità di soggetti che non possono essere assistiti da familiari o da caregiver o che non possono mantenere l'isolamento al domicilio.</p>
<b>AREU</b>	Notifica l'elevata incidenza del patogeno emergente a tutti gli operatori del sistema AREU.
<b>UDO SS</b>	<p>Campagne straordinarie di Vaccinazione per gli operatori.</p> <p>Attivazione percorsi di isolamento (anche in coorte) in coerenza con quanto previsto dal Piano operativo Pandemico (POP)</p> <p>Attivazione di quanto previsto dalla DGR 1025/2023 allegato 2 "AGGIORNAMENTO DEL PROTOCOLLO DI PREVENZIONE E GESTIONE DEI CONTAGI POST EMERGENZA COVID - STRUTTURE DELLA RETE TERRITORIALE".</p> <p>ATS verifica l'adesione e la corretta rendicontazione alle campagne vaccinali, verifica i focolai presenti e la capacità di isolamento.</p> <p>Focus di aggiornamento per i medici della struttura (in particolare le RSA e le RSD) in merito a utilizzo di antivirali o altri farmaci</p>
<b>COMUNITA' SCUOLA</b>	<p>Raccomandazione dell'utilizzo della mascherina in tutte le situazioni di aggregazione in particolare sui mezzi pubblici.</p> <p>I DIPS attivano momenti di incontro almeno mensili per fornire aggiornamenti epidemiologici, sensibilizzare alla vaccinazione e ricordare i comportamenti da tenere per la gestione delle patologie respiratorie con:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ambito scolastico tramite UO Promozione della Salute;</li> <li>- medici competenti tramite PSAL e le UO OML;</li> <li>- Comuni tramite il raccordo con i Distretti.</li> </ul>

## ATTIVAZIONE PRONTO SOCCORSO (azioni in aggiunta ai livelli precedenti)

### Tempo di sbarellamento in PS

<b>OSPEDALE</b>	<p>Rafforzamento del monitoraggio degli indici di sovrappollamento (con supporto di AREU) del Pronto Soccorso e verifica della capacità di dimissione e di messa a disposizione al Pronto Soccorso dei posti letto, con adozione di azioni correttive.</p> <p>ATS verifica gli indici di sovrappollamento dei Pronti Soccorso e la capacità ricettiva (posti letto) per singola struttura con comunicazione giornaliera delle Strutture ad ATS e al Polo Ospedaliero dei posti letto disponibili.</p> <p>Rafforzamento degli ambulatori dei codici minori (bianco e verde).</p> <p>Organizzazione di almeno 2 incontri mensili dei livelli I, II, III di RL-INFLU, come definito dalla DGR n° XII/63 del 27/03/2023 per sorveglianza di risorse e livelli di erogazione dei laboratori.</p>
<b>TERRITORIO</b>	ATS Verifica l'utilizzo di monoclonali e farmaci antivirali da parte della Medicina generale, le scorte di ossigeno e di eventuali altri farmaci/presidi utili.
<b>AREU</b>	<p>Attivazione dei sistemi di monitoraggio previsti nella fase di allerta del piano pandemico aziendale di AREU</p> <p>Rimodulazione, secondo le necessità, della centrale operativa CReTAc per attivare i trasferimenti secondari tra strutture ospedaliere.</p>

<b>UDO SS</b>	Regolamentare le visite sulla base dell'epidemiologia interna e coerentemente con le disposizioni normative del momento ATS organizza incontri di supporto con cadenza almeno mensile.
<b>COMUNITA' SCUOLA Udos</b>	I DIPS attivano momenti di incontro almeno mensili per fornire aggiornamenti epidemiologici, sensibilizzare alla vaccinazione e ricordare i comportamenti da tenere per la gestione delle patologie respiratorie con: - ambito scolastico tramite UO Promozione della Salute; - medici competenti tramite PSAL; - Comuni tramite il raccordo con i Distretti.

## ATTIVAZIONE OSPEDALIERA 1 (azioni in aggiunta ai livelli precedenti)

Posti letto TI covid >50

Posti letto OSP covid >500 (malattia primaria)

<b>OSPEDALE</b>	Attivazione del sistema hub & spoke. Attivazione livello 1 di posti letto.
<b>TERRITORIO</b>	ATS attiva contratti per posti letto di subacuti per la dimissione dei pazienti dagli ospedali proporzionalmente ai bisogni del proprio territorio.
<b>AREU</b>	Recepimento delle indicazioni definite da DGW sull'articolazione della rete infettivologica Monitoraggio delle azioni per la gestione del sovraffollamento dei Pronto Soccorso
<b>UDO SS</b>	Regolamentazione delle attività in comune degli ospiti riducendo assembramento; Separazione delle eventuali interconnessioni tra unità d'offerta coesistenti (spazi comuni o ingressi) tra residenza e altre unità d'offerta presenti nella stessa struttura (es. RSA con CDI, RSD con CDD, RSA ed RSD con C-Dom o ambulatori ecc..)
<b>COMUNITA' SCUOLA</b>	

## ATTIVAZIONE OSPEDALIERA 2 (azioni in aggiunta ai livelli precedenti)

Posti letto TI covid >100

Posti letto OSP covid >1000 (malattia primaria)

<b>OSPEDALE</b>	Attivazione del livello 2 di posti letto. Attivazione della gestione del coordinamento centrale dei posti letto delle terapie intensive.
<b>TERRITORIO</b>	ATS aumenta la richiesta di per posti letto di subacuti per la dimissione dei pazienti dagli ospedali proporzionalmente ai bisogni del proprio territorio. ATS attiva contratti con i privati accreditati per aumentare l'offerta vaccinale proporzionalmente ai bisogni del territorio.
<b>AREU</b>	Redistribuzione/rimodulazione dei mezzi di soccorso Redistribuzione/rimodulazione del personale in servizio presso le AAT Rimodulazione organizzativa delle centrali operative (CUR 112, NEA 116117, SOREU) Potenziamento della Centrale Dimissioni ospedaliere sulla base delle disponibilità di posti letto subacuti definite da ATS
<b>UDO SS</b>	Attivazione screening degli ospiti e operatori per presa in carico precoce senza ospedalizzazione (coorting ove possibile).
<b>COMUNITA'</b>	Indicazione di utilizzo della mascherina in tutti i setting ove non sia possibile mantenere un metro di distanza.

<b>SCUOLA</b>	
---------------	--

### ATTIVAZIONE OSPEDALIERA 3 (azioni in aggiunta ai livelli precedenti)

Posti letto TI covid >150

Posti letto OSP covid >1500 (malattia primaria)

<b>OSPEDALE</b>	Attivazione del livello 3 di posti letto. riduzione attività chirurgica elettiva non oncologica. riduzione ricoveri programmati.
<b>TERRITORIO</b>	ATS attiva contratti con i privati accreditati per aumentare l'offerta vaccinale proporzionalmente ai bisogni del territorio.
<b>AREU</b>	Supporta DGW nella ridefinizione delle reti tempo-dipendenti
<b>UDO SS</b>	Preparazione della fase emergenziale dei POP (piani operativi pandemici) aggiornati alle disposizioni del momento. Autocontrollo interno sul POP aggiornato. ATS organizza incontri di supporto con cadenza almeno 2 volte al mese.
<b>COMUNITA' SCUOLA</b>	Raccomandazione dello smart working in tutte le situazioni ove possibile.

### ATTIVAZIONE EPIDEMICA (azioni in aggiunta ai livelli precedenti)

Posti letto TI covid >300

Posti letto OSP covid >3000 (malattia primaria)

<b>OSPEDALE</b>	Sospensione attività chirurgica non urgente. Sospensione ricoveri programmati.
<b>TERRITORIO</b>	ATS attiva di contratti con i privati accreditati per aumentare l'offerta vaccinale proporzionalmente ai bisogni del territorio.
<b>AREU</b>	Coordinamento con DGW per l'attivazione di trasporti dei pazienti infetti verso altre Regioni.
<b>UDO SS</b>	Indicazioni connesse a disposizioni normative per la gestione di visite e nuovi ingressi.
<b>COMUNITA' SCUOLA</b>	Raccomandazione della limitazione di eventi sportivi e sociali.

## **ALERT NUOVA VARIANTE/VIRUS INFLUENZALE NON MATCH CON I VACCINI/VIRUS IGNOTO**

In casi di presenza di nuovo virus (VOC) non coperto dai ceppi inclusi nei vaccini o aumento casistica di altri virus.

Azione: tramite la SORVEGLIANZA LABORATORISTICA DELLE SINDROMI RESPIRATORIE IN PRONTO SOCCORSO si verifica la diffusione della variante nella popolazione

→ ove si identificano i casi si analizzano le storie cliniche per studiarne la gravità

In caso si evidenzino/sospetti una maggiore gravità

→ esecuzione dei tamponi molecolari per ricovero in tutti i reparti

## **ALERT SMI (Sistema di Sorveglianza delle Malattie Infettive)**

In caso di aumentata incidenza di una patologia diversa da Covid e influenza il SSR viene informato e attivato per una maggiore sensibilizzazione alla diagnosi e alla diagnosi precoce/screening della stessa (come, ad esempio, successo per Streptococco).

## **Sindromi Respiratorie capacità previsionale**

Quotidianamente le ATS verificano il sistema di alert previsionale (Sindromi respiratorie) e attivano momenti di controllo sul territorio.

In allegato indicazioni sulla sorveglianza.

## Tabelle posti letto

ASST/IRCCS/STRUTTURA PRIVATA (Centri HUB)	NUMERO COMPLESSIVO POSTI LETTO AREA MEDEICA COVID-19 (Livello 1) attuale	NUMERO COMPLESSIVO POSTI LETTO AREA MEDEICA COVID-19 (Livello 2)	NUMERO COMPLESSIVO POSTI LETTO AREA MEDEICA COVID-19 (Livello 3)
ASST SPEDALI CIVILI DI BRESCIA	80	92	120
ASST SETTE LAGHI	40	72	94
ASST VALLE OLONA	40	60	78
ASST CREMONA	30	42	55
ASST LECCO	45	57	74
ASST LODI	20	32	42
ASST MANTOVA	45	52	68
ASST MONZA	37	50	65
ASST FATEBENEFRATELLI SACCO	0	0	0
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	40	52	68
ASST LARIANA	30	60	78
ASST OVEST MILANESE	30	42	54
ASST PAPA GIOVANNI XXIII	40	64	83
ASST SANTI PAOLO E CARLO	40	64	83
FONDAZIONE IRCCS CA' GRANDE - OSPEDALE MAGGIORE POLICLINICO	25	35	46
FONDAZIONE IRCCS POLICLINICO SAN MATTEO	60	70	88
ISTITUTO CLINICO HUMANITAS	35	50	65
OSPEDALE SAN RAFFAELE	35	50	65
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	30	40	50
<b>TOTALE</b>	<b>702</b>	<b>984</b>	<b>1276</b>

Nei periodi di dicembre 2023-marzo2024 l'ospedale Sacco non avrà a disposizione i letti per attività di ristrutturazione, tale disponibilità sarà sopperita dalle altre strutture territoriali di ATS Città Metropolitana di Milano, la ASST FBF Sacco in accordo con ATS Milano ha predisposto piano dedicato

ASST/IRCCS/STRUTTURA PRIVATA (Centri Spoke)	NUMERO COMPLESSIVO POSTI LETTO AREA MEDEICA COVID-19 (Livello 1) attuale	NUMERO COMPLESSIVO POSTI LETTO AREA MEDEICA COVID-19 (Livello 2)	NUMERO COMPLESSIVO POSTI LETTO AREA MEDEICA COVID-19 (Livello 3)
ASST GARDA	10 + 10	30	40
ASST FRANCIACORTA	10 + 10	30	40
ASST VALCAMONICA	10 + 10	30	40
ASST BERGAMO EST	10 + 10	30	40
ASST BERGAMO OVEST	10 + 10	30	40
ASST CREMA	10 + 10	30	40
ASST PAVIA	10 + 10	30	40
ASST BRIANZA	10 + 10	30	40
ASST MELEGNANO E DELLA MARTESANA	10 + 10	30	40
ASST NORD MILANO	10 + 10	30	40
ASST RHODENSE	10 + 10	30	40
<b>TOTALE</b>	<b>220</b>	<b>330</b>	<b>440</b>

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE	(Centri Spoke) NUMERO COMPLESSIVO POSTI LETTO AREA MEDEICA COVID-19 (Livello 1) attuale	NUMERO COMPLESSIVO POSTI LETTO AREA MEDEICA COVID-19 (Livello 2)	NUMERO COMPLESSIVO POSTI LETTO AREA MEDEICA COVID-19 (Livello 3)
ISTITUTO AUXOLOGICO ITALIANO	-----	20	40
MULTIMEDICA	-----	20	40
ISTITUTO CLINICO CITTA' STUDI	-----	20	40
POLICLINICO SAN DONATO	-----	20	40
CLINICA SAN CARLO	-----	20	40
POLICLINICO DI MONZA	-----	20	40
ISTITUTO CLINICI DI ZUCCHI	-----	20	40
ISTITUTO CLINICO MATER DOMINI	-----	20	40
OSPEDALE VALDUCE	-----	20	40
OSPEDALE SACRA FAMIGLIA	-----	20	40
ISTITUTO CLINICO VILLA APRICA	-----	20	40
HUMANITAS GAVAZZENI	-----	20	40
POLICLINICO SAN PIETRO	-----	20	40
POIAMBULANZA	-----	20	40
ISTITUTO OSPEDALIERI BRESCIANI	-----	20	40
<b>TOTALE</b>	-----	<b>300</b>	<b>600</b>

## **Allegato SORVEGLIANZA SINDROMICA**

**Premessa.** La sorveglianza sindromica (SS) ha l'obiettivo di identificare precocemente l'insorgenza di un'epidemia mettendo le autorità nelle condizioni di avviare opportune azioni di contrasto più tempestivamente di quanto sia possibile utilizzando i metodi di sorveglianza tradizionali.i

Il termine "sindrome" richiamato nel concetto di SS è definito come "un complesso riconoscibile di sintomi e reperti fisici che indicano una condizione specifica per la quale non è necessariamente compresa una causa diretta".ii Consistentemente, la SS non rivolge l'attenzione a uno specifico agente infettivo (ad esempio il SARS-CoV-2), ma all'insieme dei sintomi (e dei conseguenti comportamenti) generati dalle manifestazioni cliniche delle infezioni responsabili dei sintomi stessi (ad esempio, sintomi generati dai microrganismi a trasmissione aerea).

La SS consiste nel controllare in tempo reale l'andamento dei cosiddetti "traccianti" del fenomeno in esame, ad esempio, uso di certi servizi sanitari, prescrizione di predefiniti farmaci ed esami diagnostici, uso di alcune parole chiave nei social media. Poiché i traccianti sono l'espressione di eventi che normalmente si verificano anche in assenza di epidemie, l'approccio della SS consiste nel verificare se, dalla sorveglianza continua (in tempo reale) dell'andamento dei traccianti stessi, si verifica un anomalo (inatteso) aumento dei casi. Ciò comporta il confronto tra l'osservato (il numero di individui esposti al tracciante nella settimana corrente) e l'atteso (il numero di individui in media esposti al tracciante nella stessa settimana degli anni precedenti). Tuttavia, poiché ogni processo (la serie temporale dell'andamento dei traccianti) mostra una naturale variabilità casuale anche in assenza di anomalie, sono stati sviluppati metodi statistici in grado di generare un segnale di allarme se il valore osservato supera il limite superiore dell'intervallo di confidenza costruito intorno al valore atteso, assumendo che una specifica distribuzione di probabilità governi la variabilità casuale del processo. La metodologia delle carte di controllo,iii e il modello originariamente proposto da Farrington,iv,v sono i due approcci più usati in questo contesto.

**Metodi.** L'esperienza maturata durante la pandemia da SARS-CoV-2, ha permesso di mettere a punto le metodologie che oggi costituiscono la base per l'adozione di un sistema per la sorveglianza delle sindromi respiratorie.vi,vii,viii In particolare, sono state identificati otto traccianti appartenenti a tre famiglie: (a) richiesta di servizi urgenti, ovvero (1) chiamate al 118 per sintomi respiratori e (2) proporzione degli accessi in pronto soccorso con diagnosi di disturbi respiratori; (b) prescrizioni di (3) corticosteroidi e (4) antibiotici e di (5) Rx del torace; (c) uso di alcune parole chiave in google trend quali (6) febbre, (7) tosse e (8) mal di gola. Da osservare che, attraverso la sorveglianza continua dei fenomeni in esame (traccianti 1 e 2), le cosiddette ricette dematerializzate (traccianti 3, 4 e 5) e i dati messi a disposizione da google in tempo reale (traccianti 6, 7 e 8) è possibile realizzare un sistema di sorveglianza che con cadenza settimanale confronti l'osservato in quella settimana con l'atteso riferito al valore medio (e al suo intervallo di confidenza) calcolato in base alla frequenza di quel tracciante nella stessa settimana dei tre anni precedenti l'inizio della pandemia (2017, 2018 e 2019).

Ciò comporta che ogni settimana, accanto ai metodi di sorveglianza descritta nei precedenti paragrafi, la dashboard genererà il resoconto della sorveglianza delle

sindromi respiratorie mettendo in evidenza se ogni singolo tracciante tra quelli sopra riportati, anziché ogni famiglia di traccianti (almeno un tracciante tra quelli ricompresi nella famiglia), supera il livello consentito generando così un allarme.

**Interpretazione.** Un segnale di allarme generato dal sistema per la sorveglianza delle sindromi respiratorie deve essere interpretato come l'avviso di un'anomalia che "potrebbe" evolvere verso l'inizio di un'ondata epidemica generata da qualsiasi agente infettivo a trasmissione aerea. L'uso del condizionale non è un eccesso di cautela perché, come per ogni previsione, non possiamo escludere che il segnale sia in realtà un "falso positivo", ovvero quel tracciante (o quell'insieme di traccianti) presenta un valore casualmente anomalo. D'altro canto, bisognerebbe considerare anche la situazione opposta in cui l'allarme non si genera sebbene l'epidemia insorga. Infine, bisognerebbe essere in grado di prevedere di quanto il segnale anticipa l'eventuale inizio dell'ondata epidemica. A tal fine, con lo scopo di fornire all'utilizzatore del sistema un quadro di riferimento, le performance dei traccianti sono state verificate retrospettivamente nel periodo compreso tra ottobre 2019 e novembre 2021 (eventi osservati) ed utilizzando il periodo compreso tra il settembre 2016 e settembre 2019 per la stima degli eventi attesi. Le performance misurate riguardano:

Falsi segnali (proporzione di settimane con almeno un segnale di allarme tra quelle appartenenti al periodo libero da focolaio);

Capacità di rilevamento (proporzione di veri focolai identificati da almeno un segnale di allarme);

Anticipazione dell'evento epidemico (in numero di settimane).

In sintesi, il rischio di falsi positivi è minimo per la richiesta di servizi urgenti (nessun falso positivo), intermedio per google trend (7 falsi positivi su 36) ed elevato per le prescrizioni (21 falsi positivi su 36). Bisognerebbe tuttavia considerare che il riferimento ai focolai da SARS-CoV-2 non esauriscono lo spettro delle epidemie sostenute da agenti a trasmissione aerea visto che nel periodo compreso tra ottobre 2019 e gennaio 2020 si è verificata un'epidemia influenzale che giustifica gli eccessi di prescrizioni di farmaci e lastre. La capacità di rilevamento è minima per la richiesta di servizi urgenti (18 veri positivi su 59), e più elevato per le prescrizioni e google trend (rispettivamente 26 e 25 positivi su 59). Infine, mentre i servizi urgenti tendono a generare il segnale contemporaneamente all'inizio del vero focolaio, google trend, e ancor più le prescrizioni anticipano il segnale rispettivamente di 1-3 e 2-5 settimane.

**Futuri direzioni.** Dopo aver provato empiricamente per almeno un anno l'utilità e il funzionamento del sistema per la sorveglianza delle sindromi respiratorie, qualora l'esperienza empirica dia risultati promettenti, si procederà all'implementazione di altri sistemi di sorveglianza sindromica (gastrointestinale, neurologica, cutanea ed altre).

## Riferimenti bibliografici

---

<sup>i</sup> Henning KJ. What is Syndromic Surveillance? Morbidity and Mortality Weekly Report. Vol. 53, Supplement: Syndromic Surveillance, Reports from a National Conference, 2003 (2004), pp. 7-11 (5 pages)

- 
- <sup>ii</sup> Calvo F, Karras BT, Phillips R, Kimball AM, Wolf F. Diagnoses, syndromes, and diseases: a knowledge representation problem. *AMIA Annu Symp Proc.* 2003;2003:802
- <sup>iii</sup> Suman G, Prajapati D. Control chart applications in healthcare: a literature review. *Int J Metrol Qual Eng.* 2018;9:5
- <sup>iv</sup> Farrington C.P. et al. (1996) A statistical algorithm for the early detection of outbreaks of infectious disease. *J. R. Stat. Soc. Ser. A Stat. Soc.*, 159, 547–563
- <sup>v</sup> Noufaily A. et al. (2013) An improved algorithm for outbreak detection in multiple surveillance systems. *Online J. Public Health Inform.*, 5, e148
- <sup>vi</sup> Bagarella G, Maistrello M, Minoja M, Leoni O, Bortolan F, Cereda D, Corrao G. Early Detection of SARS-CoV-2 Epidemic Waves: Lessons from the Syndromic Surveillance in Lombardy, Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Sep 28;19(19):12375
- <sup>vii</sup> Merlo I, Crea M, Berta P, Ieva F, Carle F, Rea F, Porcu G, Savaré L, De Maio R, Villa M, Cereda D, Leoni O, Bortolan F, Sechi GM, Bella A, Pezzotti P, Brusaferrò S, Blangiardo GC, Fedeli M, Corrao G; Italian Alert\_CoV Project group. Detecting early signals of COVID-19 outbreaks in 2020 in small areas by monitoring healthcare utilisation databases: first lessons learned from the Italian Alert\_CoV project. *Euro Surveill.* 2023 Jan;28(1):2200366
- <sup>viii</sup> Porcu G, Chen YX, Bonaugurio AS, Villa S, Riva L, Messina V, Bagarella G, Maistrello M, Leoni O, Cereda D, Matone F, Gori A, Corrao G. Web-based surveillance of respiratory infection outbreaks: retrospective analysis of Italian COVID-19 epidemic waves using Google Trends. *Front Public Health.* 2023 May 18;11:1141688