

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



Dipartimento Regionale per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico
Area Interdipartimentale 2 - "Organismo Tecnicamente Accreditante"

Prot.n. 0019530

del 22 maggio 2020

Class. SSR.GEN.PMA

Coll.17017/2020

OGGETTO: Misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus SARS-CoV-2 per i trattamenti di PMA.

Nota trasmessa a mezzo PEC

Ai Rappresentanti Legali dei
Centri PMA della Regione Siciliana

Ai Responsabili dei Centri PMA
della Regione Siciliana

Ai Responsabili di Laboratorio
dei Centri PMA della Regione Siciliana

LORO SEDI

e, p.c. Al Centro Nazionale Trapianti

PEC: cnt@pec.iss.it

Mail: fiorenza.bariani@iss.it

Al Dirigente del Servizio 4
Programmazione Ospedaliera
Dipartimento Pianificazione Strategica

Visto il D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 *"Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza"*;

Visto il D.L. 25 marzo 2020, n. 19 *"Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19"*;

Visto il D.L. 16 maggio 2020, n. 33 *"Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19"*;

Visto il D.P.C.M. 17 maggio 2020 *"Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per"*

fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19.”, pubblicato nella G.U.R.I n.126 del 17 maggio 2020;

- Vista la Circolare del Ministero della Salute n. 8076 DGPROGS-MDS-P del 30 marzo 2020 con oggetto *“Chiarimenti Rif. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19”*;
- Vista la nota prot. 504/CNT/2020 del 3 marzo 2020 del Centro Nazionale Trapianti con oggetto: *“Misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) in Italia per le cellule riproduttive e i trattamenti di PMA (procreazione medicalmente assistita)”*;
- Vista la disposizione prot. n. 8853 del 9 marzo 2020 del Dirigente dell'Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Siciliana;
- Vista la nota prot. 605/CNT/2020 del 17 marzo 2020 del Centro Nazionale Trapianti con oggetto: *“Misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) in Italia per le cellule riproduttive e i trattamenti di PMA (procreazione medicalmente assistita). Aggiornamento del 13.3.2020”*;
- Vista la comunicazione prot. n. 9882 del 17 marzo 2020 del Dirigente dell'Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Siciliana;
- Vista la disposizione prot n. 12601 del 3 aprile 2020 del Dirigente Generale del Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico e del Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica;
- Vista la disposizione di questo Dipartimento prot n. 13641 del 14 aprile 2020 *“Misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus SARS-CoV-2 per i trattamenti di PMA”*;
- Vista la nota dell'Istituto Superiore di Sanità - Registro nazionale PMA e CNT, prot. n. 16223 del 6 maggio 2020, con oggetto *“Misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) in Italia nell'ambito delle attività che comportino il prelievo ed utilizzo di cellule riproduttive e dei trattamenti di PMA (procreazione medicalmente assistita). Aggiornamento al 05/05/2020*
- Vista la disposizione di questo Dipartimento prot n. 16537 del 04 maggio 2020 *“Misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus SARS-CoV-2 per i trattamenti di PMA”* con efficacia fino al 17 maggio 2020;
- Vista la disposizione prot. n. 17017 del 06 maggio 2020 del Dirigente dell'Organismo Tecnicamente Accreditante della Regione Siciliana;
- Vista l'Ordinanza contingibile e urgente n° 21 del 17 maggio 2020 adottata dal Presidente della Regione Siciliana;
- Visto il documento *“Raccomandazioni sulla gestione contestuale dell'accesso e della circolazione dei pazienti presso le strutture dedicate alle procedure di PMA”* approvato dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), pubblicato sul sito www.sigo.it (di seguito Linee Guida);
- Visto il documento *“ESHRE guidance on recommencing ART treatments”* adottato dalla European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) pubblicato sul sito www.eshre.eu il 23 aprile 2020, aggiornato il 5 maggio 2020 (di seguito Linee Guida);
- Visto il documento *“Coronavirus disease - 2019 (COVID-19) and supply of substances of human origin in EU/EEA - first update”* adottato dall'Agenzia dell'Unione Europea *“European Centre for Disease Prevention and Control”* pubblicato sul sito

www.ecdc.europa.eu (di seguito Linee guida);

Considerato che con la citata nota Prot. 16223 del 6 maggio 2020, l'Istituto Superiore di Sanità - Registro nazionale PMA e CNT rimanda alle Linee guida sopra citate per la gestione operativa delle attività cliniche e di laboratorio dei Centri PMA;

Visto il documento “*Disinfection of environments in healthcare and nonhealthcare settings potentially contaminated with SARS-CoV-2*” approvato dall’Agenzia dell’Unione Europea “*European Centre for Disease Prevention and Control*” pubblicato sul sito www.ecdc.europa.eu (di seguito Linee guida);

Visto il documento “*Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell’attuale emergenza COVID-19: presidi medico chirurgici e biocidi*” – Rapporto ISS COVID-19 n. 19/2020, pubblicato il 30 aprile 2020 dall’Istituto Superiore di Sanità sul sito www.iss.it (di seguito Linee guida);

Vista la direttiva dell’Assessore regionale della Salute prot. 23608/DPS-A1 del 21 maggio 2020 con oggetto “*Emergenza Covid-19. Progressivo ripristino delle attività assistenziali fase 2*”;

Considerato il perdurare dello stato di emergenza dovuto alla epidemia da nuovo coronavirus SARS-CoV-2;

Ritenuto di dover adottare ogni iniziativa utile al contenimento della diffusione dell’infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 ed alla tutela delle coppie che chiedono di accedere alla Procreazione medicalmente assistita (PMA);

SI DISPONE

1. A far data dal 25 maggio 2020 i Centri PMA possono riprendere le attività ordinarie purché queste siano svolte nel rigoroso rispetto delle misure di prevenzione e contenimento del contagio da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 e degli obblighi di distanziamento interpersonale definiti dai provvedimenti adottati dalle Autorità dello Stato e della Regione Siciliana.
2. A tal fine, onde contenere il rischio di diffusione dell’infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2, i Centri PMA della Regione Siciliana sono tenuti ad aggiornare le procedure in uso con riferimento alle note del Centro Nazionale Trapianti ed alle Linee Guida citate in premessa, nella versione più recente, nonché alla direttiva dell’Assessore regionale della Salute prot. 23608/DPS-A1 del 21 maggio 2020.
3. Tutti i Centri PMA sono tenuti a rispettare quanto disposto nelle sezioni “Attività delle strutture ambulatoriali private accreditate” e, per i Centri di III livello, quanto disposto nella sezione “Attività delle strutture di ricovero private accreditate” della direttiva assessoriale prot. 23608/DPS-A1 del 21 maggio 2020.
4. Le coppie, i donatori ed il personale del Centro effettueranno il triage previsto dalle Linee guida utilizzando la scheda allegata alla presente disposizione.
5. Dell’esecuzione del triage e dell’applicazione delle Linee guida, conseguente all’aggiornamento delle procedure, deve essere data evidenza nella scheda clinica della coppia e nelle cartelle cliniche dei donatori.
6. Dell’applicazione del triage al personale della struttura deve essere data evidenza nel fascicolo personale.
7. Nel caso in cui dal triage emerga il sospetto di infezione da SARS-CoV-2 si applicano le procedure di cui alla direttiva dell’Assessore regionale della Salute prot. 23608/DPS-A1

del 21 maggio 2020 e, pertanto, i pazienti e il personale devono essere indirizzati al MMG o al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda sanitaria provinciale territorialmente competente per l'applicazione delle disposizioni vigenti finalizzate alla conferma/esclusione dell'infezione e l'adozione delle misure conseguenziali.

Il Dirigente Generale DASOE
Dott.ssa Maria Letizia Di Liberti

Il Dirigente
dell'Organismo Tecnicamente Accreditante
Dott. Antonio Colucci

CENTRO PMA _____

SCHEDA TRIAGE

Sezione 1 – Dati dell'intervistatore

Cognome

Nome

Data dell'intervista

Tipo di intervista Telefonica Presso il Centro

Sezione 2 - Dati dell'intervistato

Cognome

Nome

Data di nascita

Codice Fiscale

Telefono fisso

Telefono cellulare

Indirizzo email

Sezione 3 – Storia clinica

NEI PRECEDENTI 14 GIORNI ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi?

Alterazioni dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Febbre $\geq 37,5$ °C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Rinorrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dispnea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Cefalea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Data (<i>approssimativa</i>) di comparsa dei sintomi		
Qualcuno di questi sintomi è presente oggi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

Sezione 4 – Contatti	
NEI PRECEDENTI 14 GIORNI	
Ha avuto contatti con qualcuno che presentava uno o più sintomi tra quelli sopra elencati?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È stato in zone considerate ad alto rischio di infezione da SARS-CoV-2?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lavora in una struttura sanitaria o sociosanitaria?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto contatti con soggetti affetti da COVID-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
I suoi familiari sono mai stati affetti da COVID-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Qualcuno dei suoi familiari presenta uno o più sintomi tra quelli sopra elencati?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È mai stato affetto da COVID-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se è stato affetto da COVID-19 le è stato rilasciato un certificato di guarigione? <i>(solo se ha risposto sì alla domanda precedente)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È affetto da malattie croniche? <i>es.: diabete, insufficienza renale, broncopneumopatie – (Non riguarda il personale)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NOTE (eventuali)	
Data _____	Firma dell'intervistato _____