

ATTO DI INDIRIZZO IN AMBITO SOCIO SANITARIO SUCCESSIVO ALLA “FASE 1” DELL’EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID-19

PREMESSE

Al fine di assicurare il progressivo ripristino di tutte le attività socio sanitarie nella massima sicurezza di utenti e operatori nella cosiddetta “Fase 2” dell’emergenza da SARS-CoV-2 e per tutta la durata dell’emergenza sanitaria da COVID-19, come stabilita dalla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, è necessario definire azioni volte non solo alla prevenzione dell’epidemia, ma anche al tempestivo riconoscimento di ogni eventuale caso sospetto, con i conseguenti immediati interventi di contenimento del contagio e, se del caso, con la rimodulazione delle offerte erogate.

Con particolare riferimento alla necessità di assicurare la tutela degli operatori a garanzia della sicurezza delle collettività alle quali è rivolta l’offerta socio sanitaria, si richiamano la circolare del Ministero della salute n. 0014915-29/04/2020-DGPRES-DGPRES-P e i più recenti atti regionali per la sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari e socio sanitari nonché per la riammissione sicura in collettività delle persone poste in isolamento domiciliare prima e dopo il c.d. lockdown (cfr. DGR N° XI/3114 del 07/05/2020 Determinazioni in merito alle attività di sorveglianza in funzione dell’epidemia COVID-19 e della DGR N° XI/3131 del 12/05/2020 COVI-19: Indicazioni in merito ai test sierologici).

Per l’indeterminatezza della durata della “Fase 2” e per l’attuale indisponibilità di vaccino e di terapia specifica, a fronte anche delle complessità emerse nella gestione in emergenza degli ospiti/pazienti soprattutto fragili/cronici nei vari setting assistenziali, si rende altresì necessario definire articolazioni innovative che potranno essere sviluppate anche successivamente alla stessa “Fase 2”, nell’ambito delle Unità di Offerta socio sanitarie.

Occorre infine evidenziare che per l’attuazione della fase 2 legata alla riapertura delle UDO sociali e socio sanitarie semiresidenziali per disabili, anche al fine di ottemperare a quanto disposto dall’art.8 del DPCM 26 aprile 2020, sostituito dall’art. 9 del DPCM 17 maggio 2020, si rimanda ad apposito altro atto regionale in riferimento al “Piano Regione Lombardia art. 8 – DPCM 26 aprile Avvio fase 2 servizi semiresidenziali per persone con disabilità” (cfr. DGR N° XI/3183 del 26/05/2020).

Per le necessarie riorganizzazioni nella c.d. “fase 2” delle offerte socio sanitarie (incluse sperimentazioni e misure), oltre a quanto espressamente precisato in questo documento, si

rimanda a tutte le indicazioni ministeriali e norme qui citate o ad eventuali loro successive modifiche e integrazioni. Si rinvia alla DGR N° XI/3115 del 07/05/2020 avente ad oggetto “Indirizzi per l’organizzazione delle attività sanitarie in relazione all’andamento dell’epidemia da COVID-19”, per gli aspetti di trasferibilità all’ambito sociosanitario, al fine di una armonizzazione complessiva dei contenuti. In riferimento agli ambiti di Servizi dell’area della neuropsichiatria dell’infanzia e dell’adolescenza, Sperimentazioni RIA minori e Case management, della psichiatria, delle dipendenze e della sanità penitenziaria, si rimanda all’allegato B e relativi suballegati a questa DGR.

RUOLO DELLE ATS E DEGLI ENTI GESTORI

L’avvenuta sospensione di parte delle attività delle strutture sociosanitarie finalizzata a concentrare le risorse nella gestione dell’emergenza da COVID-19 e/o a contenerne la diffusione, è certamente stato un fatto eccezionale, che andrà gradualmente superato attraverso piani per il riavvio, i cui elementi essenziali sono individuabili nel presente documento. Sarà altresì necessario valorizzare eventuali esperienze che hanno visto l’erogazione dei servizi in modalità alternativa rispetto a quella usuale con presenza fisica in sede, ricorrendo a sistemi a distanza (esempio: teleriabilitazione, ecc.) o presso il domicilio, come atteso anche dagli art. 47 e 48 del Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito nella Legge 24 aprile 2020, n. 27.

Gli Enti gestori del settore sociosanitario predispongono un piano organizzativo-gestionale con relative procedure/istruzioni operative, sottoscritto dal Legale Rappresentante, da trasmettere formalmente alla ATS territorialmente competente e i cui contenuti devono essere coerenti con quanto indicato nel presente documento.

Per assicurare la massima tutela di utenti e operatori, l’Ente erogatore, attraverso il coordinamento del Referente aziendale COVID-19 appositamente individuato, garantisce l’effettiva applicazione del piano organizzativo-gestionale di cui sopra con procedure/istruzioni operative in materia di contenimento e gestione dell’infezione da SARS-CoV-2 specifiche per U.d.O. e riferite almeno ai seguenti ambiti:

- 1) individuazione criteri per la presa in carico progressiva di nuovi ospiti/pazienti ovvero secondo criteri di priorità riferibili a livelli di urgenza improcrastinabile e commisurati alla disponibilità di risorse strumentali e umane idonee;
- 2) individuazione chiara di percorsi e modalità di accoglienza di ospiti/pazienti nuovi o di rientro dopo trasferimento presso altra struttura/ricovero ospedaliero, di ospiti/pazienti con accessi diurni/ambulatoriali anche ricorrenti, di operatori e di eventuali altri soggetti esterni (esempio: visitatori, ecc.);
- 3) adozione delle misure igienico-sanitarie definite dal Ministero della Salute e per l’uso dei DPI per operatori, ospiti/pazienti ed eventuali altri soggetti esterni, in base al profilo di rischio oltre ad eventuali misure alternative quali il distanziamento sociale, in caso di non applicabilità funzionale;
- 4) adozione delle procedure per la sorveglianza sanitaria per esposizione a SARS-CoV-2 di tutti gli operatori tenendo conto delle attuali e prossime previsioni nazionali e regionali (per queste ultime si richiamano la DGR N° XI/3114 del 07/05/2020 Determinazioni in merito alle attività

di sorveglianza in funzione dell'epidemia COVID-19 e della DGR N° XI/3131 del 12/05/2020 COVI-19: Indicazioni in merito ai test sierologici);

- 5) adozione delle precauzioni standard e specifiche nell'assistenza a tutti gli utenti e loro monitoraggio clinico/laboratoristico;
- 6) gestione di eventuali casi positivi o sospetti di COVID-19 tra ospiti/pazienti, operatori ed eventuali altri soggetti esterni;
- 7) gestione della sanificazione ordinaria e straordinaria di ambienti, di apparecchiature e di eventuali mezzi di trasporto per operatori/utenti, oltre alla verifica delle caratteristiche di areazione dei locali e degli impianti di ventilazione/climatizzazione;
- 8) predisposizione di specifici piani di informazione e formazione per la prevenzione da SARS-CoV-2 rivolti a tutte le tipologie di operatori e predisposizione di piani di informazione rivolti ai visitatori;
- 9) aggiornamento del Progetto di struttura e di quelli individuali, ove previsti;
- 10) aggiornamento della Valutazione del Rischio di cui al titolo X D.Lgs. 81/08 e degli eventuali adempimenti conseguenti.

A titolo indicativo e non esaustivo, di seguito verranno fornite indicazioni generali in merito ai principali contenuti delle procedure/istruzioni operative.

Fermo restando che tutte le strutture devono essere attrezzate per l'eventuale gestione in sicurezza di casi affetti da COVID-19 che potrebbero comunque insorgere tra gli ospiti/pazienti, si dispone quanto segue:

- 1) per gli ospiti/pazienti attualmente presenti risultati positivi alla ricerca molecolare di SARS-CoV-2, salvo evoluzione del quadro clinico per cui si renda necessario il trasferimento verso ospedale attrezzato, è consentita la prosecuzione dell'assistenza all'interno della struttura ospitante, previa valutazione del responsabile sanitario della struttura stessa. Alle ATS è rimessa la verifica dell'adozione da parte della struttura di misure coerenti con quanto raccomandato dall'ISS (cfr. Documento del "Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – COVID-19. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie. Versione del 17 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 - Rapporto ISS COVID-19, n.4/2020 Rev.", trasmesso con nota del Ministero della Salute N° 0013468-18/04/2020-DGPRES-DGPRES-P), nonché di sistemi di sorveglianza attiva per il monitoraggio dell'evoluzione del quadro clinico;
- 2) per i casi COVID-19 di futura eventuale insorgenza, prevedere il tempestivo trasferimento presso strutture di ricovero a carattere sanitario, appositamente individuate. In via del tutto eccezionale, gli ospiti/pazienti in stato terminale o con condizioni di grave compromissione del quadro clinico, e pertanto non trasferibili dalla struttura ospitante, si può prevedere la prosecuzione dell'assistenza in struttura, adottando tutte le misure di massima sicurezza per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2, secondo le raccomandazioni sopraindicate al punto 1) e che via via vengono fornite dagli organismi ministeriali e regionali.

Le ATS, attraverso le proprie organizzazioni dipartimentali e territoriali, provvedono ad effettuare controlli (sopralluoghi/analisi documentali/audit) secondo programmazione specifica, volti alla verifica della conformità al presente atto di indirizzo del piano organizzativo-gestionale presentato

da ciascuna struttura erogatrice ovvero di specifiche procedure/istruzioni operative e della loro effettiva applicazione.

Per ridurre la variabilità d'intervento sull'intero territorio regionale, verrà istituito dalla Direzione Generale Welfare apposito gruppo di lavoro con le ATS, finalizzato ad aggiornare, in base all'andamento epidemiologico, il presente atto di indirizzo e a condividere criteri di campionamento e modalità di controllo (ad esempio attraverso appositi strumenti standardizzati).

Le ATS avvieranno, inoltre, tavoli locali di Coordinamento tra rappresentanti degli Enti gestori, ASST e ospedali privati per la condivisione di buone pratiche cliniche/assistenziali, la ricognizione di eventuali bisogni formativi in riferimento al COVID-19 e per la promozione di percorsi di integrazione tra la rete sociosanitaria/sociale e quella sanitaria, ad esempio, per assicurare accessi appropriati al Pronto Soccorso e per privilegiare consulenze specialistiche o accertamenti strumentali, ove possibile, direttamente presso le U.d.O. o per via telematica, al fine di evitare trasferimenti rischiosi o inutili e al fine di favorire il trattamento diagnostico/terapeutico/riabilitativo nel più adeguato contesto assistenziale per l'ospite/paziente.

FORMAZIONE E INFORMAZIONE

Tra le misure da mettere prioritariamente in campo, la formazione del personale riveste un ruolo basilare, cui può conseguire una riorganizzazione multiprofessionale e/o strutturale. La formazione deve essere rivolta a tutti gli operatori, a prescindere dalla tipologia contrattuale di lavoro (contratti di dipendenza, di libera professione diretta o con cooperative, ecc.) ivi compreso il personale volontario (cfr. nota DGW G1.2020.0020506 del 18/05/2020 avente ad oggetto: "Personale volontario nelle strutture sanitarie e sociosanitarie. Emergenza COVID-19 fase 2") e dalle mansioni (personale sanitario, di assistenza, amministrativo, addetti alle pulizie, ecc.). Al riguardo si ritiene indispensabile che, in funzione delle articolazioni dell'offerta di ogni erogatore, delle peculiarità dell'utenza gestita e degli ambienti di lavoro, siano avviati e periodicamente riproposti eventi formativi sulla patologia COVID-19 e sui sistemi di prevenzione e contenimento dell'infezione da SARS-CoV-2, con particolare riferimento al rispetto delle misure universali di prevenzione, all'uso dei DPI (scelta in relazione al rischio e all'attività, fasi di vestizione e svestizione, ecc.) e al significato delle procedure di sorveglianza sanitaria per la prevenzione da SARS-CoV-2.

Dovranno essere implementati, inoltre, programmi di informazione-formazione specifici per gli ospiti/pazienti e per eventuali visitatori, al fine di assicurare la loro massima adesione possibile ai sistemi di prevenzione al COVID-19. Non devono essere esclusi dai programmi di informazione-formazione i caregiver (inclusi genitori di disabili, badanti, ecc.), la cui preziosa attività deve essere sostenuta con le necessarie cautele.

Si segnala l'opportunità di ricorrere anche a corsi in modalità FAD per il personale (pure disponibili sul sito Web dell'istituto Superiore di Sanità quali, ad esempio, i corsi EDUISS), al fine di offrire in continuo la possibilità di consolidare la formazione che deve essere garantita da parte del Gestore.

Regione Lombardia si farà promotrice, anche per il tramite delle ATS, di specifici corsi di formazione come, peraltro, già previsto dalla DGR N° XI/2672 del 16/12/2019 ad oggetto "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020 (di concerto con gli assessori Caparini, Piani e Bolognini). In particolare, nel 2020 saranno avviate azioni

tese al miglioramento dell'appropriatezza, prevedendo, ad esempio, che le ATS, sulla base di indicazioni operative comuni, avviino azioni di sensibilizzazione e formazione rivolte ai soggetti prescrittori di ADI in collaborazione con le ASST. Con riferimento alle infezioni correlate all'assistenza, ATS e ASST avvieranno, inoltre, momenti di confronto con le principali strutture territoriali (es. RSA, cure intermedie, ecc.) in tema di gestione della corretta terapia antibiotica, anche tramite momenti di formazione e/o collaborazioni formalizzate. Tali eventi formativi potranno essere validamente orientati verso la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 prevedendone una programmazione non solo nel 2020, fermo restando l'autonomia organizzativa da parte dei singoli Enti erogatori.

La partecipazione a corsi di formazione da parte degli operatori sanitari e sociosanitari è obbligatoria e dovrà essere intrapresa sollecitamente e, comunque, non oltre il 31 agosto 2020, prevedendo periodici aggiornamenti.

PRINCIPALI ATTIVITÀ COORDINATE DAL REFERENTE COVID-19

Andrà individuato un Referente sanitario che può, preferibilmente, coincidere con il Direttore sanitario, ove presente, o che comunque abbia uno specifico profilo di competenza per il coordinamento degli interventi di pianificazione e monitoraggio delle soluzioni organizzative più appropriate e sostenibili per la prevenzione e controllo di COVID-19. È possibile il ricorso a consulente esterno ovvero in condivisione tra differenti Enti gestori. È indispensabile, altresì, un comitato multidisciplinare di supporto nell'ambito delle infezioni correlate all'assistenza e, più in generale, del risk management. Il Referente COVID-19 dovrà collaborare con il medico competente/servizio di medicina occupazionale o di Medicina preventiva e l'RSPP, ad esempio, per l'aggiornamento del Documento di Valutazione Rischi con riferimento al COVID-19.

Rappresentano esempi di attività coordinate dal Referente COVID-19 anche i flussi informativi con le autorità e gli enti regolatori esterni così come la riorganizzazione degli ambienti e delle attività di lavoro, l'individuazione di stanze per l'isolamento dei casi sospetti o confermati e dei relativi percorsi non promiscui, la definizione di procedure di sanificazione ordinaria e straordinaria di ambienti e di automezzi in uso agli operatori sanitari o per il trasporto utenti oltre alla verifica delle caratteristiche di areazione dei locali e degli impianti di ventilazione/climatizzazione.

In caso di prestazioni rese a domicilio, è necessario prevedere anche procedure specifiche per la pulizia dei locali e conferimento rifiuti, da rendere disponibili agli utenti che andranno al riguardo appositamente formati.

Sarà necessaria la revisione anche delle procedure di raccolta, lavaggio e distribuzione degli indumenti degli ospiti/pazienti, delle divise degli operatori e della teleria piana, materassi, cuscini, nonché della igienizzazione o sterilizzazione dei dispositivi in base alle schede tecniche.

Andranno individuati accessi di entrata ed uscita distinti e, se non possibile, occorrerà prevedere una opportuna regolamentazione dei flussi, così come l'individuazione di locali filtro per la gestione degli ingressi degli esterni e la loro vestizione/svestizione. Procedure specifiche per quest'ultime andranno adottate anche per le prestazioni rese a domicilio.

Andranno messe in atto azioni volte a scongiurare gli assembramenti nelle sale di attesa, prevedendo, se possibile, accessi solo su appuntamento, cadenzati tenendo conto anche delle tempistiche di controllo e vestizione/svestizione, e limitando gli accompagnatori ai soli casi strettamente necessari (esempio: minori, gravi disabilità, ecc.).

Dispenser per gel idroalcolici per igienizzare le mani devono essere rese disponibili nelle aree comuni e ove necessario, così come informative circa le raccomandazioni riferite alle “Misure igienico-sanitarie” (vedi allegato 16 al DPCM 17 maggio 2020), evitando ingestioni incongrue da parte di utenti/pazienti con dipendenze da alcool o fragilità psichiche.

Il Referente COVID-19 coordinerà l’aggiornamento anche delle procedure interne per:

- la prevenzione di infezioni correlate all’assistenza con particolare riferimento al COVID-19, nell’ambito di una programmazione annuale di Risk Management;
- l’utilizzo e l’approvvigionamento dei DPI in base alla tipologia di attività e al livello di rischio dell’ambiente di lavoro;
- la definizione delle attività di diagnosi e monitoraggio dell’infezione da SARS-CoV-2 mediante esami molecolari (tampone) e sierologici (determinazione anticorpale) su utenti e su operatori, in base alle indicazioni ministeriali e regionali;
- la gestione di casi sospetti o confermati ovvero favorire percorsi di isolamento anche per coorte (in aree secondo un criterio di progressione in rapporto alla gravità e al rischio) o di isolamento funzionale;
- attivare consulenze specialistiche in sede o per via telematica (es. infettivologo, pneumologo, geriatra, palliativista, ecc.);
- il trasferimento di pazienti confermati o sospetti COVID-19 presso altra struttura più idonea e il loro successivo ritorno, secondo criteri di massima sicurezza;
- il rientro degli ospiti/pazienti al domicilio, anche temporaneo (in caso di ospiti/pazienti residenti) o ricorrente (come ad esempio in caso di pazienti a ciclo diurno/ambulatoriale) e il loro successivo ritorno, secondo criteri di massima sicurezza;
- il piano di emergenza e di evacuazione per cause riconducibili a COVID-19 (esempio: focolaio epidemico non controllato, impossibilità ad assicurare le regolari prestazioni per improvvisa assenza di più operatori non prontamente sostituibili, ecc.).

Aggiornamento delle procedure andrà previsto anche in riferimento all’accertamento di morte, alla gestione delle salme e accessi nelle camere mortuarie (ove applicabile), come da indicazioni ministeriali.

Alle ATS, attraverso le proprie organizzazioni dipartimentali e territoriali, spetterà la verifica dell’avvenuta individuazione del referente COVID-19, l’acquisizione dei suoi recapiti e il controllo che le articolazioni delle sue attività siano funzionali alla complessità della struttura e alla sua utenza target come sopra indicato.

REGOLAMENTAZIONE DEGLI ACCESSI DEGLI ESTERNI E DEL PERSONALE

Uno stretto governo dell’ingresso di casi positivi o sospetti di COVID-19 è di fondamentale importanza, mediante attenta regolamentazione degli accessi nella struttura, la quale dovrà adottare specifiche procedure differenziate per tipologia di soggetto (es.: visitatori, caregiver, familiari, badanti, operatori, consulenti, volontari, fornitori, corrieri, autisti, personale di mezzi di trasporto sanitario, addetti ad attività di controllo/ispezione, ecc.).

In caso di riscontro di sintomi sospetti COVID-19 e/o febbre, deve sempre essere vietato l’ingresso in struttura a qualsiasi soggetto esterno, rinviandolo in sicurezza al MMG per quanto di competenza.

Si ribadisce che, per tutta la durata dell'emergenza, l'accesso alla struttura da parte di familiari/caregiver e conoscenti degli utenti deve essere concesso eccezionalmente, su autorizzazione del responsabile medico della struttura stessa (esempio: situazioni di fine vita) e, comunque, previo accertamento dello stato di salute (con modulo di autodichiarazione), rilevazione della temperatura corporea all'entrata e l'adozione di tutte le misure necessarie ad impedire il contagio.

Qualora le condizioni di gravità clinica non lo consentano, andranno comunque garantiti sistemi di comunicazione alternativi tra utenti e familiari o, se non possibile, adeguate informazioni sull'andamento clinico. In particolare, eventuali limitazioni all'accesso fisico dei parenti non devono assolutamente produrre l'isolamento affettivo/relazionale con l'ospite e, quindi, le strutture residenziali devono assicurare contatti attraverso stanze vetrate, videocchiate o chiamate telefoniche, compatibilmente a possibili limitazioni funzionali e cognitive e, comunque, devono fornire ai familiari ogni informazione di aggiornamento clinico sui loro cari ricoverati o altre informazioni richieste. Il coinvolgimento attivo dei parenti nel piano assistenziale è fondamentale ed è componente dei LEA e, pertanto, è richiesto alle ATS attenta vigilanza affinché le strutture assolvano a questo dovere.

Le funzioni di front office con l'utenza, i fornitori o altri soggetti di interesse dovranno essere garantite preferibilmente tramite servizi telefonici e/o telematici ovvero rese in sede se non altrimenti possibile e preferibilmente su appuntamento, previa verifica dello stato di asintomaticità del visitatore (assenza di febbre e di sintomi sospetti per COVID-2) e di non esposizione a caso accertato o sospetto COVID nei precedenti 14 giorni, da rendersi tramite modulo di autodichiarazione. L'ingresso è comunque subordinato alla misurazione della temperatura con termometro a distanza/raggi infrarossi e il ricorso ai DPI in base al livello di rischio e all'attività.

Si riconferma l'opportunità di privilegiare il lavoro con modalità agile, ove possibile (esempio: personale amministrativo), e di fornire da parte del datore di lavoro chiare disposizioni in merito al divieto di ingresso al personale sintomatico e, comunque, previa rilevazione della temperatura corporea. La struttura, al riguardo, deve prevedere specifica procedura per gestire l'insorgenza di sintomi e/o febbre durante il turno di servizio, la sostituzione del personale e l'avvio della eventuale sorveglianza con misure di isolamento verso gli esposti, in accordo con il medico competente/servizio di medicina occupazionale o dal responsabile medico che ne svolge le funzioni.

Tutto il personale adotta le precauzioni standard nell'assistenza degli ospiti/pazienti e le precauzioni specifiche in base alle modalità di trasmissione e alla valutazione del rischio nell'ambiente di lavoro. Si applicano tutte le attività di controllo e precauzioni di cui sopra previste per gli operatori sanitari anche per le altre figure professionali che operano all'interno delle U.d.O. a prescindere del ruolo (esempio: animatori, manutentori, addetti alle pulizie, operatori della mensa/cucina, addetti al pedonaggio, ecc.).

In caso di riscontro di sintomi e/o febbre in soggetti esterni e operatori, si rinvia alla DGR N° XI/3114 del 07/05/2020 ad oggetto: "Determinazioni in merito alle attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia COVID-19".

REGOLAMENTAZIONE DEGLI INGRESSI DEGLI UTENTI

Pur essendo noto che le indicazioni ministeriali e regionali vengono costantemente aggiornate in base all'evoluzione della situazione epidemiologica, delle conoscenze scientifiche disponibili e ad eventuali nuovi indirizzi dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, il criterio guida per l'esecuzione dell'unico test diagnostico attualmente riconosciuto ovvero per l'esame molecolare SARS-CoV-2 mediante tampone naso-faringeo (o eventualmente BAL) resta, prioritariamente, quello della presenza di sintomi, salvo per alcune specifiche categorie di soggetti.

In considerazione dell'attuale riduzione dei casi con attenuazione della pressione sui laboratori, nel rispetto della già richiamata DGR N° XI/3114 del 07/05/2020 e di quanto indicato nella DGR N° XI/3131 del 12/05/2020 ad oggetto: "COVID-19: indicazioni in merito ai test sierologici", va considerata la programmazione di un percorso di screening rivolto a soggetti asintomatici, ma particolarmente vulnerabili per età e/o comorbidità e che necessitano regolarmente dei servizi della rete sociosanitaria.

Al riguardo, si ritiene prioritario dare indicazioni per le seguenti principali categorie:

- utenti candidati all'ingresso dal domicilio verso U.d.O. sociosanitaria residenziale riconducibile a collettività chiusa (esempio: RSA, RSD, ecc.).
 - step 1: accurata inchiesta, anche per via remota (esempio: intervista telefonica), da parte del personale della U.d.O. volta ad escludere la presenza di sintomi sospetti per COVID-19 e/o l'esposizione a casi COVID-19 nei precedenti 14 giorni e la valutazione della possibilità di effettuare un efficace isolamento domiciliare (compliance utente/familiari e contesto abitativo idonei). Se dall'inchiesta emergesse che l'utente è sospetto per COVID-19 e/o non è possibile l'isolamento domiciliare: avviare percorsi di presa in carico specifici verso strutture di ricovero a carattere sanitario appositamente individuate, in accordo con l'utente (o con il suo legale rappresentante) e il MMG e coinvolgendo i familiari;
 - step 2: solo in caso di utente negativo all'inchiesta per COVID-19 e di isolamento domiciliare fattibile, eseguire al paziente presso il suo domicilio (mediante erogatore ADI se non direttamente effettuabile dal personale della U.d.O. residenziale) tampone naso-faringeo e test sierologico per COVID-19, prevedendo, al contempo, l'isolamento a domicilio del paziente stesso per il periodo di tempo intercorrente tra l'esecuzione dei prelievi e l'ingresso (l'indicazione all'isolamento a domicilio, le istruzioni per rispettarlo e la verifica della corretta applicazione delle stesse sono in capo al personale della U.d.O. residenziale anche mediante contatti in via remota/telefonica).

In base ai risultati di laboratorio si distinguono le seguenti possibilità:

- a) sierologia negativa e tampone negativo: prolungare l'isolamento domiciliare e ripetere dopo 14 giorni lo step 1 ed eventualmente lo step 2. Se tampone e sierologia risultano entrambi ancora negativi, procedere all'ingresso dell'ospite nella U.d.O. residenziale; per altre combinazioni di risultato, vedere punti seguenti.
- b) sierologia negativa e tampone positivo: avviare percorsi di presa in carico specifici verso strutture di ricovero a carattere sanitario appositamente individuate, in accordo con l'utente (o con il suo legale rappresentante) e il MMG e coinvolgendo i familiari.
- c) sierologia positiva e tampone negativo: prolungare l'isolamento fiduciario e ripetere il tampone dopo 2 giorni. Se anche il secondo tampone è negativo,

procedere all'ingresso dell'ospite nella U.d.O. residenziale. Se il secondo tampone è positivo: avviare percorsi di presa in carico specifici verso strutture di ricovero a carattere sanitario appositamente individuate, in accordo con l'utente (o con il suo legale rappresentante) e il MMG e coinvolgendo i familiari.

- d) sierologia positiva e tampone positivo: avviare percorsi di presa in carico specifici verso strutture di ricovero a carattere sanitario appositamente individuate, in accordo con l'utente (o con il suo legale rappresentante) e il MMG e coinvolgendo i familiari.
- ospiti/pazienti candidati al rientro verso U.d.O. sociosanitaria residenziale riconducibile a collettività chiusa (esempio: RSA, RSD, ecc.), proveniente da altra struttura (generalmente dopo ricovero presso ospedale per acuti).
 - se ospite/paziente COVID-19 guarito (vedi definizione ministeriale): è possibile il suo rientro in U.d.O.;
 - se ospite/paziente COVID-19 guarito clinicamente (vedi definizione ministeriale): avviare percorsi di presa in carico specifici verso strutture di ricovero a carattere sanitario appositamente individuate;
 - se ospite/paziente con anamnesi patologica recente negativa per COVID-19: eseguire tampone naso-faringeo e test sierologico per COVID-19, prevedendo, al contempo, l'isolamento dell'ospite/paziente stesso per il periodo di tempo intercorrente tra l'esecuzione dei prelievi e il rientro in struttura (gli accertamenti di laboratorio e l'isolamento dell'ospite/paziente sono a cura dell'Ente che lo deve dimettere).

In base ai risultati di laboratorio si distinguono le seguenti possibilità:

- a) sierologia negativa e tampone negativo: procedere al rientro nella U.d.O. residenziale e ivi prolungare l'isolamento e ripetere dopo 14 giorni il test sierologico e il tampone. Se entrambi risultano ancora negativi, si conferma la sua permanenza nella U.d.O. residenziale; per altre combinazioni di risultato, vedere punti seguenti.
- b) sierologia negativa e tampone positivo: avviare percorsi di presa in carico specifici verso strutture di ricovero a carattere sanitario appositamente individuate, in accordo con l'utente (o con il suo legale rappresentante) e coinvolgendo i familiari.
- c) sierologia positiva e tampone negativo: prolungare l'isolamento e ripetere il tampone dopo 2 giorni. Se anche il successivo tampone è negativo, si conferma il suo trasferimento nella U.d.O. residenziale. Se il successivo tampone è positivo: avviare percorsi di presa in carico specifici verso strutture di ricovero a carattere sanitario appositamente individuate, in accordo con l'utente (o con il suo legale rappresentante) e coinvolgendo i familiari.
- d) sierologia positiva e tampone positivo: avviare percorsi di presa in carico specifici verso strutture di ricovero a carattere sanitario appositamente individuate, in accordo con l'utente (o con il suo legale rappresentante) e coinvolgendo i familiari.
- ospiti/pazienti di U.d.O. sociosanitaria residenziale riconducibile a collettività chiusa (esempio: RSA, RSD, ecc.) che ricorrono, anche con regolarità, a prestazioni ambulatoriali sanitarie erogate da altra struttura e non altrimenti usufruibili presso la medesima U.d.O (esempio: pazienti in dialisi, pazienti in chemioterapia, ecc.).

Si dà indicazione ad effettuare a questi utenti uno screening mediante test sierologico (valutazione basale):

- se test negativo: garantire scrupolosa e continua sorveglianza clinica (insorgenza di sintomi sospetti per COVID-19 e/o febbre) e assicurare i trasferimenti con idonei DPI e con mezzi regolarmente sanificati;
 - se test positivo: procedere all'esecuzione di tampone naso-faringeo che, se positivo, comporterà l'isolamento del ospite/paziente e eventuale avvio di percorsi di presa in carico specifici verso strutture di ricovero a carattere sanitario appositamente individuate se non altrimenti gestibile oltre a quanto previsto dalla DGR N° XI/3114 del 07/05/2020.
- utenti che risiedono a domicilio e che con regolarità accedono a U.d.O. sociosanitarie semiresidenziali/diurnato o ambulatoriali anche di gruppo.

Si dà indicazione ad effettuare a questi utenti uno screening mediante test sierologico (valutazione basale):

- se test negativo: garantire scrupolosa e continua sorveglianza clinica (insorgenza di sintomi sospetti per COVID-19 e/o febbre), assicurare idonei DPI/distanziamento sociale, utilizzare eventuali mezzi di trasporto ad uso comunitario regolarmente sanificati, garantire le attività prevedendo gruppi stabili e proporzionati in base alle complessità di assistenza, oltre a fornire le necessarie informazioni ai familiari/caregiver per il loro utile coinvolgimento;
- se test positivo: procedere all'esecuzione di tampone naso-faringeo che, se positivo, comporterà l'isolamento fiduciario del paziente a domicilio o l'eventuale suo trasferimento in altra struttura idonea in accordo con l'utente (o con il suo legale rappresentante) e il MMG e coinvolgendo i familiari, oltre a quanto previsto dalla DGR N° XI/3114 del 07/05/2020 in merito alla sorveglianza sui contatti/familiari.

Quanto sopra è valevole indipendentemente dal regime di erogazione (SSR o in solvenza) e secondo modalità che andranno condivise dagli Erogatori con le ATS territorialmente competenti ed in coerenza con le raccomandazioni regionali che via via si susseguono, ovvero secondo una programmazione in base alle stime del fabbisogno. I costi degli accertamenti laboratoristici secondo le suddette procedure sono a carico del SSR.

L'allestimento di un modulo di accoglienza temporaneo o l'adozione di misure idonee per il distanziamento sociale fra gli ospiti/pazienti così come la raccolta anamnestica e la visita medica in locale specificamente individuato, prima della presa in carico, sono opportuni. Fondamentale sarà l'allestimento di almeno una camera singola di isolamento per ogni nucleo, per l'accoglienza temporanea o comunque per il periodo di isolamento.

Gli utenti risultati positivi al tampone effettuato secondo i percorsi sopra indicati, possono essere indirizzati presso struttura COVID-19 dedicata o ad altre strutture idonee, in accordo con l'utente (o con il suo legale rappresentante) e il MMG e coinvolgendo i familiari.

INDICAZIONI PER L'IGIENE DEGLI AMBIENTI E LOCALI E DEI MEZZI DI TRASPORTO

Nel rispetto delle vigenti prescrizioni igienico-sanitarie dei locali e ambienti per le diverse destinazioni d'uso nelle U.d.O. sociosanitarie, mutuando quanto indicato nell'allegato 17 al DPCM

del 17 maggio 2020 “Linee guida per la riapertura delle attività economiche e produttive della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 16 maggio 2020”, si deve:

- garantire la frequente pulizia e sanificazione di tutti gli ambienti e locali, con particolare attenzione ai servizi igienici, alle aree comuni e alle superfici toccate con maggiore frequenza (corrimano, interruttori della luce, pulsanti degli ascensori, maniglie di porte e finestre, ecc.) utilizzando prodotti a base di cloro (candeggina) alla concentrazione di 0,5 % di cloro attivo oppure con alcool 70%;
- garantire periodicamente l'aerazione naturale nell'arco della giornata in tutti gli ambienti dotati di aperture verso l'esterno, dove sono presenti postazioni di lavoro, personale interno o utenti esterni, evitando correnti d'aria o freddo/caldo eccessivo durante il ricambio naturale dell'aria;
- aumentare la frequenza della manutenzione/sostituzione dei pacchi filtranti dell'aria in ingresso (eventualmente anche adottando pacchi filtranti più efficienti);
- verificare la corretta distanza fra i punti di espulsione ed i punti di aspirazione;
- attivare l'ingresso e l'estrazione dell'aria almeno un'ora prima e fino ad una dopo l'accesso da parte degli operatori e/o utenti, in caso di attività non continuative;
- eliminare totalmente la funzione di ricircolo dell'aria negli edifici dotati di specifici impianti di ventilazione con apporto di aria esterna, tramite ventilazione meccanica controllata;
- pulire in base alle indicazioni fornite dal produttore, ad impianto fermo, i filtri dell'aria di ricircolo per mantenere i livelli di filtrazione/rimozione adeguati, in caso di impianti di riscaldamento/raffrescamento che fanno uso di pompe di calore, fancoil, o termoconvettori, qualora non sia possibile garantire la corretta climatizzazione degli ambienti tenendo fermi gli impianti;
- pulire con regolarità le prese e le griglie di ventilazione usando panni in microfibra inumiditi con acqua e sapone, oppure con alcool;
- evitare di utilizzare e spruzzare prodotti per la pulizia detergenti/disinfettanti spray direttamente sui filtri per non inalare sostanze inquinanti, durante il funzionamento.

Deve essere anche assicurata la periodica pulizia e sanificazione dei mezzi di trasporto ad uso comunitario con particolare riguardo di tutte le parti frequentate da viaggiatori e/o operatori (al riguardo si rimanda alle modalità definite dalle specifiche circolari del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità) e di eventuali strumenti da loro utilizzati.

UNITÀ DI OFFERTA SOCIO-SANITARIE RESIDENZIALI

Sono ricomprese le seguenti U.d.O. tradizionali:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA)
- Residenza Sanitaria Disabili (RSD)
- Comunità Socio-Sanitarie (CSS)
- Servizio Terapeutico Riabilitativo Minori (SRM)
- Cure intermedie
- Comunità per le dipendenze
- Hospice
- Strutture residenziali NPIA
- Strutture residenziali psichiatria

Si ricomprendono, inoltre, le sperimentazioni sociosanitarie di carattere residenziale e le seguenti misure:

- Residenzialità per Minori Gravemente Disabili
- Minori in Comunità
- Residenzialità assistita per anziani

L'ingresso di nuovi ospiti/pazienti avverrà secondo una procedura stabilita da ogni erogatore che dovrà esplicitare almeno:

- 1) i criteri di priorità a favore di casi urgenti e improcrastinabili;
- 2) le modalità e i locali per la raccolta anamnestica e la visita medica prima dell'accesso in struttura allo scopo di escludere condizioni di casi sospetti di COVID-19;
- 3) l'allestimento di un modulo di accoglienza temporaneo o l'adozione di misure idonee per il distanziamento sociale fra gli ospiti/pazienti.

È necessario che, almeno all'inizio della "fase 2", i nuovi ingressi di ospiti/pazienti, soprattutto nelle RSA e RSD, sia limitata e comunque non superiore a 1/3 dei posti letto quotidianamente disponibili per i primi 14 giorni dopo il riavvio dei ricoveri, incrementabile a 2/3 nei successivi 14 giorni e, quindi, fino al ripristino delle regolari modalità degli ingressi, salvo diverse indicazioni ovvero rimodulati o nuovamente interrotti in base all'andamento epidemiologico. Quanto sopra è da intendersi sia per i letti liberi a contratto che per quelli liberi non a contratto, conteggiati separatamente.

Le Unità di Offerta residenziali, in considerazione della fragilità della loro utenza, devono essere comunque in grado di effettuare un isolamento temporaneo (anche funzionale) dei casi sospetti e degli esposti e, in caso di impossibilità di un efficace isolamento per la gestione clinica del caso confermato, ad esempio per limiti strutturali-impiantistici (assenza di padiglione/struttura con percorsi separati per livello di rischio, assenza di impianto per l'ossigenoterapia, ecc.) o organizzativi (impossibilità a destinare personale esclusivamente dedicato a pazienti a rischio, assistenza infermieristica H24 non presente, ecc.), effettuare il trasferimento presso altra struttura più idonea.

Specifiche procedure devono essere predisposte per il rischio COVID-19 in caso di utenza non tipica (stati vegetativi, SLA, nuclei Alzheimer, ecc.).

Nell'intento di favorire, ove possibile, una presa in carico più orientata al setting domiciliare ovvero ad una progressiva ricerca di nuovi luoghi di cura e alla deistituzionalizzazione degli ospiti/pazienti delle strutture residenziali, potranno essere sviluppati modelli innovativi di assistenza, alternativi a quelli già in essere, non solo per l'utenza anziana.

Con particolare riferimento alle strutture residenziali quali le RSA e le RSD, si dovranno prevedere procedure per il rientro anche temporaneo a domicilio, in base a:

- 1) criteri di igiene e sanità pubblica: il Dipartimento di Igiene e Prevenzione della ATS deve valutare i rischi per l'ospite e per la comunità (in particolare per i famigliari che lo andranno ad accogliere), ricorrendo anche ad eventuali accertamenti laboratoristici (tampone e/o test sierologico), quindi escludere o avviare quarantene fiduciarie o obbligatorie ed esprimere, infine, un giudizio di merito;
- 2) criteri clinico/assistenziali: il medico della RSA/RSD insieme al MMG che verrà eventualmente riattivato, esprimono un parere circa la dimissibilità dell'utente ovvero un parere sulla sicurezza e appropriatezza clinica/assistenziale che verrà fornita a domicilio (es. profili ADI o,

se possibile, anche direttamente dal personale delle RSA/RSD secondo modalità che verranno definiti in atti successivi), nonché sul trasporto sanitario secondario programmato o con mezzo privato da RSA/RSD a domicilio;

- 3) criteri di spostamento come da eventuali disposizioni ministeriali e regionali;
- 4) criteri di libero arbitrio: dopo adeguata informazione sui rischi e benefici del rientro a domicilio, deve essere accolto il parere dell'utente se è capace di intendere e volere ovvero del suo legale rappresentante, meglio per iscritto e prevedendo sempre il coinvolgimento dei familiari/caregiver.

Devono essere implementate altresì procedure relative all'invio in ospedale per eventi acuti anche non correlati a COVID-19, centrati su valutazioni multidimensionali e multiprofessionali, ispirate ai principi di proporzionalità e appropriatezza delle cure, ovvero in base:

- alle condizioni complessive (cliniche, funzionali e cognitive premorbose),
- alla prognosi,
- ai realistici benefici attesi di un intervento intensivo.

La decisione deve essere condivisa con l'ospite/paziente, quando possibile, con i familiari ovvero con il legale rappresentante e in conformità con le eventuali Direttive Anticipate di Trattamento del paziente.

L'accesso alle terapie del dolore e alle cure palliative deve essere sempre assicurato nei casi necessari.

UNITÀ DI OFFERTA SOCIO SANITARIE SEMIRESIDENZIALI E AMBULATORIALI

Sono ricomprese le seguenti U.d.O. tradizionali semiresidenziali:

- Centri Diurni Integrati (CDI)
- Centri Diurni Disabili (CDD)
- Centro Diurno Continuo (CDC)
- Servizi semiresidenziali per dipendenze
- Strutture semiresidenziali NPIA
- Strutture semiresidenziali psichiatria

Sono U.d.O. tradizionali ambulatoriali:

- Consultori
- SERT/SMI
- Riabilitazione
- Servizi ambulatoriali NPIA
- Servizi ambulatoriali psichiatria

Si ricomprendono, inoltre, le sperimentazioni socio sanitarie di carattere semiresidenziale e ambulatoriale.

È necessario rivalutare, ove possibile, la programmazione degli interventi anche nel setting semiresidenziale e ambulatoriale (con particolare riferimento a quello di gruppo), con il ricorso ad attività a distanza, mediante telemonitoraggio o ad attività mediante vie telematiche oppure a domicilio, nel rispetto anche della libera scelta dell'utenza e in linea a quanto già previsto dagli art. 47 e 48 del Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito nella Legge 24 aprile 2020, n. 27. Si

rimanda, inoltre, a quanto indicato nell'allegato 3 alla DGR N° XI/3016 del 30/03/2020, in riferimento alle modalità di "intervento in regime covid-19".

Le attività rese in sede, se non altrimenti erogabili, dovranno avvenire gradualmente, su appuntamento e, compatibilmente all'utenza e alla tipologia di prestazioni, assicurando il necessario distanziamento e/o l'uso di DPI. Se possibile, le attività andranno offerte in locali più ampi o all'aperto.

Necessaria sempre la misurazione della temperatura corporea prima di ogni accesso e l'esclusione di sintomi sospetti per COVID-19 (al riguardo è necessario fornire adeguate informazioni agli utenti e ai loro familiari al fine di prevenire ingressi in condizioni di rischio).

Con specifica procedura, la struttura dovrà definire la modalità per la gestione di sintomi e/o febbre insorti all'utenza durante l'erogazione delle prestazioni e per l'avvio della eventuale sorveglianza con misure di isolamento verso gli esposti, in accordo con il medico competente/servizio di medicina occupazionale o dal responsabile medico che ne svolge le funzioni.

In analogia a quanto previsto per le Unità di Offerta residenziali, l'ingresso di nuovi ospiti/pazienti nel setting semiresidenziale e ambulatoriale di gruppo dovrà essere limitato secondo una procedura stabilita da ogni erogatore, che dovrà esplicitare almeno i criteri di priorità a favore di casi urgenti e improcrastinabili.

I gruppi dovranno essere stabili, al fine di agevolare la ricostruzione di eventuali contatti e dovranno essere di dimensioni proporzionate alla complessità di assistenza ovvero con adeguato numero di operatori.

Per evitare assembramenti rischiosi durante l'erogazione delle prestazioni in regime semiresidenziale o ambulatoriale di gruppo (anche fuori sede, per esempio presso istituti scolastici, ecc.), si dispone il rispetto del distanziamento sociale minimo di 2 metri, almeno per le prime 4 settimane dopo il riavvio del servizio, salvo diverse indicazioni ovvero riformulato in base all'andamento epidemiologico. L'organizzazione dei gruppi deve comunque tenere conto delle specificità di rischio quali, ad esempio, la superficie dei locali e la loro ventilazione preferibilmente naturale, la possibilità di tollerare i DPI da parte dei pazienti o la loro attitudine ad attenersi alle regole di distanziamento sociale e di igiene delle vie respiratorie, ecc.

L'eventuale attività con rapporto 1:1 tra utente e operatore deve essere presa in considerazione nei casi con maggiore complessità di gestione, ma sempre con il ricorso agli idonei DPI. Al riguardo, preme segnalare che, a prescindere del setting assistenziale, l'Art. 9, comma 2 del DPCM 17 maggio 2020 precisa: <<Le persone con disabilità motorie o con disturbi dello spettro autistico, disabilità intellettiva o sensoriale o problematiche psichiatriche e comportamentali o non autosufficienti con necessità di supporto, possono ridurre il distanziamento sociale con i propri accompagnatori o operatori di assistenza, operanti a qualsiasi titolo, al di sotto della distanza prevista>>.

La riprogrammazione del servizio in nuovi turni (esempio: mattina/pomeriggio, giornate alterne, ecc.) deve essere anche commisurata ad eventuali problematiche sociali/organizzative del nucleo familiare.

Le visite ambulatoriali in modalità individuale, se non altrimenti sostituibili (esempio: televisita, chiamata video o telefonica, contatto telematico), devono impedire gli affollamenti nelle sale di attesa, prevedendo, se possibile, accessi solo su appuntamento, cadenzati tenendo conto anche

delle tempistiche di controllo e vestizione/svestizione, sanificazione locali o strumenti, e limitando gli accompagnatori ai soli casi strettamente necessari (esempio: minori, gravi disabilità, ecc.).

Specifiche procedure devono regolamentare i flussi di ingresso e uscita dei pazienti e dei loro eventuali accompagnatori, l'uso dei DPI in base al rischio e alla tolleranza, adottando misure di protezione alternative personalizzate per l'utenza target ovvero assicurando il loro massimo coinvolgimento formativo/informativo congiuntamente ai familiari (adattamenti a possibili barriere linguistiche, orientamenti culturali, limitazioni funzionali o cognitive, ecc.).

In caso di riscontro di sintomi e/o febbre in soggetti esterni e operatori, oltre che per gli utenti, come già indicato, si rinvia alla DGR N° XI/3114 del 07/05/2020.

Per l'attuazione della fase 2 legata alla riapertura delle UDO sociali e sociosanitarie semiresidenziali per disabili, come già indicato nelle premesse, si rimanda ad apposito altro atto regionale: "Piano Regione Lombardia art. 8 – DPCM 26 aprile Avvio fase 2 servizi semiresidenziali per persone con disabilità".

UNITÀ DI OFFERTA SOCIOSANITARIE DOMICILIARI

Sono ricomprese le seguenti U.d.O. domiciliari tradizionali:

- Assistenza Domiciliare Integrata (ADI e ADI-COVID)
- Unità di Cure Palliative Domiciliare (UCPDom e CCF-Dom)

Si ricomprendono, inoltre, eventuali sperimentazioni sociosanitarie di carattere domiciliare e le seguenti misure:

- RSA Aperta
- Assistenza ai religiosi in strutture residenziali

Gli Enti erogatori di prestazioni domiciliari hanno affrontato una significativa rimodulazione delle loro attività a seguito dell'epidemia da COVID-19, in particolare per l'assistenza di pazienti in isolamento obbligatorio o fiduciario e a favore di pazienti cronici/fragili ad alto rischio di infezione da SARS-CoV-2.

Ritenendo mandatorio che l'offerta domiciliare venga rapidamente potenziata, sarà necessario da parte delle ATS promuovere maggiormente la collaborazione degli erogatori, oltre che con i MMG/PLS, anche con medici delle USCA, favorendo, dove necessario, anche il ricorso ai sistemi di telemonitoraggio, così come atteso dall'allegato 5 alla DGR N° XI/2986 del 23/03/2020, ed evitando la sovrapposizione dei servizi.

Gli Enti erogatori dovranno rivedere i percorsi di attività domiciliare, con l'obiettivo di contenere il rischio di COVID-19 per gli utenti e gli operatori, senza che questo vada a scapito dei volumi e della qualità delle prestazioni rese.

Tra le procedure da introdurre, dovrà essere prevista anche quella di effettuare un triage telefonico da parte dell'operatore, prima di ogni accesso, volto ad escludere una sintomatologia sospetta COVID-19, se non già nota, adottando comunque le precauzioni standard e l'uso dei necessari DPI in base al profilo di rischio delle attività che dovranno essere svolte a domicilio. In

alternativa, potrà essere data indicazione all'utente che sviluppa sintomi sospetti COVID-19, di informare attivamente gli operatori prima del loro accesso domiciliare.

Se tollerato, anche gli utenti e i caregiver, in occasione dell'accesso domiciliare degli operatori, devono indossare mascherina e guanti ovvero mantenere una distanza di almeno un metro, ove possibile, dall'operatore stesso.

Devono essere implementate procedure di valutazione clinica/monitoraggio propedeutiche all'eventuale invio in ospedale, specificamente per i pazienti COVID-19, in accordo con i MMG/PLS, ispirati ai principi di proporzionalità e appropriatezza delle cure, condividendo le strategie oltre che con il paziente, quando possibile, anche con i familiari ovvero con il legale rappresentante e in conformità con le eventuali Direttive Anticipate di Trattamento del paziente.

L'accesso alle terapie del dolore e alle cure palliative deve essere sempre assicurato nei casi necessari.

In coerenza con quanto previsto dalla DGR n. XI/2672/2019, attraverso il coinvolgimento dell'Organismo di coordinamento della rete regionale di cure palliative, verrà elaborato un documento tecnico programmatico al fine di sviluppare proposte operative relative ai seguenti ambiti: consulenze intra e extra ospedaliere e ai MMG/PLS; telemedicina; interfaccia con le reti clinico assistenziali e i servizi territoriali domiciliari, semiresidenziali e residenziali, finalizzata all'identificazione e la presa in carico precoce e tempestiva dei pazienti complessi, cronici e fragili con bisogni di cure palliative; formazione e informazione; integrazione con il volontariato.

Al fine di garantire una presa in carico effettiva H24, G7/7 a domicilio, dovrà essere promossa in futuro la reperibilità medica e infermieristica anche per i profili ADI a più elevato impegno assistenziale, con eventuale coinvolgimento dei medici di Continuità Assistenziale e dei medici delle USCA e AREU.

L'organizzazione delle attività consultoriali deve favorire la dimissione precoce e la presa in carico domiciliare di puerpera e neonato da parte delle ostetriche, con la definizione di percorsi di continuità condivisi con i punti nascita.

Potranno essere altresì previste prestazioni ostetriche domiciliari in gravidanza, in presenza di situazioni di fragilità che rendono difficoltoso l'accesso al consultorio.

Dovrà essere sviluppata l'offerta dell'infermiere di famiglia e di comunità, come già indicato dalla DGR N° 2672 del 16/12/2019.

REVISIONE DELLE MODALITÀ DI RENDICONTAZIONE E RELATIVI FLUSSI

Riconfermando che con specifico atto verranno fornite indicazioni in merito alle modalità di rendicontazione delle prestazioni rese e delle relative tariffe aggiornate, in considerazione dei maggiori sforzi sostenuti dagli Enti erogatori nell'affrontare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, si ritiene opportuno rivedere nei prossimi mesi i percorsi di accreditamento, di controllo e di remunerazione dell'Unità di Offerta della Rete Territoriale al fine di promuoverle e riqualificarle.

Per le attività erogate in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare nonché per quelle ambulatoriali complesse (ad esempio i percorsi di presa in carico da parte di Consulenti Familiari, ecc.), in linea anche con le indicazioni della DGR N° XI/2672 del 16/12/2019, si conferma, quindi, l'obiettivo divenuto più cogente a seguito della pandemia da COVID-19, di voler superare la frammentazione delle risposte ai bisogni a garanzia della continuità degli interventi.

Si avvierà, pertanto, un percorso sperimentale di revisione delle rendicontazioni e relativi flussi, funzionale a nuovi requisiti di accreditamento semplificati, ma comunque di garanzia per l'appropriatezza e la sicurezza delle cure e la sicurezza dei luoghi di lavoro, volto all'applicazione di un "sistema di codifica DRG modificato" dove non già previsto, con superamento delle valorizzazioni per intensità di cura, classificazioni o profili di fragilità (es.: CIA, SOSIA, SIDI, ecc.).

Dovrà essere superato, inoltre, il vincolo della non trasportabilità quale requisito necessario per assicurare le attività domiciliari, prevedendo l'introduzione di criteri di fragilità clinica-sociale o per necessità di isolamento ai fini di sanità pubblica.

Si dovrà prevedere, infine, l'introduzione di specifici indicatori di qualità e di out-come cui corrisponderà una maggior valorizzazione economica (sistema premiante) che andrà condiviso con gli Enti erogatori.

CONTESTO NORMATIVO E DI INDIRIZZO

Per quanto sopra esposto, si ritiene quindi opportuno applicare, non solo esclusivamente ai pazienti disabili, ma a tutti i soggetti particolarmente fragili e che possono beneficiare della rete di offerta sociosanitaria, quanto indicato all'art. 9, comma 1 del **DPCM 17 maggio 2020**: <<Ulteriori disposizioni specifiche per la disabilità: Le attività sociali e socio-sanitarie erogate dietro autorizzazione o in convenzione, comprese quelle erogate all'interno o da parte di centri semiresidenziali per persone con disabilità, qualunque sia la loro denominazione, a carattere socio-assistenziale, socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario vengono riattivate secondo piani territoriali, adottati dalle Regioni, assicurando attraverso eventuali specifici protocolli il rispetto delle disposizioni per la prevenzione del contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori>>.

Preme sottolineare che lo stesso DPCM all'allegato 12, con l'obiettivo di coniugare la ripresa delle attività con condizioni di salubrità e sicurezza degli ambienti e modalità di lavoro, riporta il <<Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro fra il Governo e le parti sociali>>, sottoscritto il 24 aprile 2020. È, quindi, implicito che questo protocollo, ove di interesse, debba trovare applicazione anche negli ambiti lavorativi del settore sociosanitario, tali da assicurare gli adeguati livelli di protezione a tutti gli operatori coinvolti.

Tra le misure urgenti di contenimento sull'intero territorio nazionale, il DPCM del 17 maggio 2020, all'art.1, comma 1, lettera bb), riconferma, inoltre, le limitazioni per l'accesso di parenti e visitatori, alle quali le strutture sociosanitarie devono scrupolosamente attenersi.

L'allegato 10 <<Principi per il monitoraggio del rischio sanitario>> del DPCM del 26 aprile 2020, ha trovato attuazione nel **Decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020**, nel quale vengono individuati alcuni indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio opzionali quali il "numero di checklist somministrate settimanalmente a strutture residenziali sociosanitarie" e il "numero di

strutture residenziali sociosanitarie rispondenti alla checklist settimanalmente con almeno una criticità riscontrata”. Al riguardo, seguiranno specifiche indicazioni.

L’ISS rende disponibile una serie di report con indicazioni ad interim su diverse fattispecie che vengono via via aggiornate: di seguito i documenti riferiti al presente ambito.

Il lavoro del “Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. **Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell’attuale scenario emergenziale SARS-COV-2.** Versione del 28 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.2/2020 Rev.)”, rappresenta un valido riferimento per l’utilizzo dei DPI anche nel contesto sociosanitario.

Ulteriori misure in ambito di prevenzione e preparazione delle strutture sociosanitarie alla gestione di eventuali casi sospetti o positivi di COVID-19 nonché di un’adeguata sorveglianza attiva tra gli ospiti/pazienti e gli operatori, sono indicate nel documento del “Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – COVID-19. **Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie.** Versione del 17 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.4/2020 Rev.)”, trasmesso con nota del Ministero della Salute N° 0013468-18/04/2020-DGPRES-DGPRES-P.

Per gli aspetti di pulizia/disinfezione di locali, dispositivi e attrezzatura si rimanda inoltre al Documento del “Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19. **Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell’attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento.** Versione del 15 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)” e alla nota del Ministero della Salute n°. 0017644-22/05/2020-DGPRES-MDS-P ad oggetto “**Indicazioni per l’attuazione di misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 attraverso procedure di sanificazione di strutture non sanitarie (superfici, ambienti interni) e abbigliamento**”.

Prezioso contributo organizzativo e gestionale è fornito anche dalla nota del Ministero della Salute N° 0014314-23/04/2020-DGPRES-DGPRES-P ad oggetto: “**COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell’Infanzia e dell’Adolescenza**”. Il documento, seppur incentrato su persone con problemi di salute mentale o che afferiscono ai servizi di NPIS, ove applicabile ovvero secondo opportuna contestualizzazione, può trovare attuazione nei vari setting assistenziali di qualsiasi Unità di Offerta sociosanitaria: residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale e domiciliare.

Per le indicazioni da adottare in contesti generali e specifici al fine di un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico, si rimanda al documento dell’”Osservatorio Nazionale Autismo ISS. **Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell’attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2.** Versione del 30 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020)”.

Con particolare riferimento alle attività in regime domiciliare, si ritiene utile fare riferimento al documento del “Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. **Indicazioni ad interim per l’effettuazione dell’isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell’attuale contesto**

COVID-19. Versione del 7 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.1/2020)", al documento del "Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor. **Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2.** Versione del 23 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020) e al documento del "Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti. **Indicazioni *ad interim* per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus sars-cov-2.** Versione del 14 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.3/2020).

Si richiamano, infine, l'art. 47 "Strutture per le persone con disabilità e misure compensative di sostegno anche domiciliare" e l'art. 48 "Prestazioni individuali domiciliari" della **Legge 24 aprile 2020, n. 27** "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, recante misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Proroga dei termini per l'adozione di decreti legislativi".