

Sub-allegato B3

FASE 2 – PSICHIATRIA

1. INDICAZIONI OPERATIVE GENERALI

Il presente documento fa riferimento ed integra le **note regionali** e la Circolare Ministeriale, in cui erano delineate le modalità erogative da attuare nei Servizi di Salute Mentale durante la fase emergenziale, cosiddetta Fase 1:

- “La gestione di pazienti COVID – 19 + con Disturbi Psichiatrici Acuti” (Protocollo G1.2020.0011974 del 18/03/2020)
- “Indicazioni per i Servizi di Salute Mentale dell’Età Adulta di fronte all’epidemia COVID – 19” (Protocollo G1.2020.0016290 del 09/04/2020)
- la Circolare del Ministero della Salute del 23/4/2020 “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”

Si fa inoltre riferimento alle recenti **DGR Regionali**:

- DGR N° XI/3114 del 07/05/2020 -“Determinazioni in merito alle attività di sorveglianza in funzione dell’epidemia COVID-19”
- DGR N° XI/3115 del 07/05/2020 -“Indirizzi per l’organizzazione delle attività sanitarie in relazione all’andamento dell’epidemia da COVID 19”
- DGR N° XI/3131 del 12/05/2020 -“COVID-19: indicazioni in merito ai test sierologici”
- DGR N° XI/3132 del 12/05/2020 -“Determinazioni in merito al trattamento informativo ed economico della prestazione test molecolare virus sars-covid2”

Nel presente Documento vengono date **indicazioni per i diversi ambiti dell’operatività psichiatrica** in relazione alla **Fase 2**.

La Fase 2 è caratterizzata da due elementi fortemente intrecciati tra di loro:

- **Prevenzione**: la riduzione dell'ondata epidemica porta alla necessità, seppur in un quadro di minore diffusione, di mantenere in atto tutte le attività preventive per prevenire il contagio a pazienti, familiari e operatori.
- **Ripresa Attività**: l'esigenza di riprendere gradualmente l'attività dei Servizi, diminuita in maniera sensibile durante la fase più acuta dell'epidemia.

Questa ripresa del lavoro come precedentemente in essere, da un lato non potrà essere piena, in quanto le attività di prevenzione portano necessariamente ad una parziale riduzione degli interventi territoriali e dei posti letto nelle strutture ospedaliere e residenziali, dall'altro non potrà riproporre modalità erogative identiche alle precedenti, ma dovrà contenere alcuni elementi di innovazione che possano anche migliorare l’offerta.

2. CENTRI PSICOSOCIALI (CPS) E AMBULATORI

2.1. Indicazioni generali

Le attività territoriali - nella prima fase rivolte principalmente alle situazioni di urgenza - vanno gradualmente riattivate e riprogrammate, sia nei confronti dei pazienti già in carico che dei nuovi casi.

Vanno mantenute tutte le procedure messe in atto per prevenire l'infezione durante la fase acuta del contagio.

La continuità terapeutica dovrà essere garantita non solo attraverso contatti diretti, che sono comunque soggetti all'obbligo di distanziamento e di utilizzo dei DPI, ma anche attraverso interventi domiciliari e contatti in remoto (telefonate, videochiamate ed altre modalità telematiche).

Per il rispetto delle norme di distanziamento, sono riorganizzati gli appuntamenti all'interno della struttura per visite, colloqui e somministrazioni di farmaci, le attività per piccoli gruppi di pazienti, le riunioni di equipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più operatori. Le ASST dovranno garantire, all'interno delle strutture del DSMD, sistemi di videochiamata e videoconferenza.

- Gli operatori dei CPS devono **rivalutare per tutti i pazienti in carico i pattern di trattamento** ed i programmi di intervento, indicando la **frequenza e la modalità di contatto più opportuna** nei prossimi mesi, verificando la correttezza della diagnosi principale e l'eventuale inserimento della diagnosi secondaria. Vanno identificati i pazienti che potrebbero giovare di contatti telefonici o tramite videochiamate, quelli che necessitano di un programma intensivo (quali i giovani con disturbo mentale grave all'esordio) e coloro i quali, pur essendo stabilizzati dal punto di vista clinico, ma necessitando ancora di una continuità della cura, possono essere seguiti in modo strutturato attraverso un'attività di case management da parte delle altre figure professionali non mediche presenti. Per la rivalutazione dei pazienti in trattamento gli operatori possono utilizzare l'elenco dei pazienti in trattamento nei CPS elaborato da Psicheweb; sempre in Psicheweb andranno inserite le diagnosi modificate o quelle incluse per la prima volta, come nel caso della diagnosi secondaria.
- E' da prevedere nei prossimi mesi un **incremento significativo dei pazienti con disturbi emotivi comuni**, pazienti non precedentemente in carico ai CPS ma con un disturbo legato direttamente all'epidemia (lutti, esperienza di malattia sia da ricoverati che al domicilio, difficoltà socio-economiche, timore di ammalarsi ecc).
In termini clinici questo significa pazienti con **disturbi post-traumatici da stress, disturbi dell'adattamento e disturbi ansiosi-depressivi**.
Una **presa in carico precoce** di tali pazienti favorirebbe una rapida risoluzione di tali disturbi, evitandone la cronicizzazione: perché questo avvenga da un lato è necessario un intervento clinico mirato, non solo di carattere psichiatrico ma anche di natura psicologica, e dall'altro un percorso di trattamento intensivo, con un'attenzione alla numerosità dei contatti evitando una presa in carico a lungo termine. Tale attività può trovare spazio anche all'esterno della sede del CPS in Ambulatori dedicati, a cui comunque fa capo.
Un punto qualificante è rappresentato da un'interazione forte con i **Medici di Medicina Generale (MMG)** e i loro gruppi associati. Tale interazione dovrà essere gestita attraverso un sistema strutturato di "referral" e "back referral" che permetta un contatto diretto con il MMG, mediato dal contatto telefonico e ove possibile da sistemi di videochiamata.
- Lo svolgimento delle attività dei CPS deve comunque essere coerente con le indicazioni più generali fornite dalle ASST sulla erogazione delle attività ambulatoriali delle altre discipline.

2.2. Presenza del paziente e/o dei familiari nella struttura

- vanno mantenute le **procedure di profilassi** attivate precedentemente:
- ✓ Gli operatori devono costantemente indossare delle mascherine chirurgiche, anche quando essi non sono in rapporto diretto con utenti, sottoporsi alla misurazione della temperatura prima di prendere servizio e mantenere appropriato distanziamento sia tra di loro che con gli utenti. Altrettanto fondamentale è il corretto lavaggio delle mani prima e dopo ogni attività effettuata e/o l'utilizzo delle apposite soluzioni idro-alcooliche. Il numero di operatori presenti contemporaneamente nei locali deve essere calcolato in rapporto alla possibilità di mantenere adeguato distanziamento. A tale proposito devono essere presenti sempre all'interno dei locali un dispenser di soluzioni idroalcoliche e all'interno della struttura quantità adeguata di DPI.
- ✓ Nel caso di consegna e somministrazione orale di farmaci, oltre alla mascherina, vanno usati anche i guanti; nel caso di somministrazione endovenosa o intramuscolare di farmaci, vanno utilizzati anche occhiali e/o visiera e camici monouso. I guanti devono essere sottoposti ad igienizzazione prima di venire rimossi e non sostituiscono comunque l'igiene delle mani
- ✓ Va limitato l'uso di telefoni fissi se non in viva voce o di uso esclusivo di un solo operatore e vanno rimossi giornali e riviste presenti nelle aree comuni che normalmente fungono da intrattenimento per utenti e familiari. I telefoni ed i dispositivi di qualsiasi tipo, specie se metallici o di plastica devono essere sottoposti a frequente sanificazione
- ✓ tutto il personale del CPS deve essere formato all'utilizzo dei DPI e conoscere le procedure da mettere in atto davanti ad paziente COVID-19 positivo o sospetto tale, precauzioni fondamentali soprattutto nell'attività domiciliare ed interventi territoriali urgenti (incluso l'esecuzione di TSO).

- deve essere attivata **zona filtro all'ingresso** dei Centri Psicosociali e degli Ambulatori per la misurazione della temperatura, intervista/questionario sintomatologico COVID ed il monitoraggio della presenza di contatti a rischio;
- ✓ Nel caso di notizia di contatto certo con un caso COVID-19, la visita psichiatrica sarà accompagnata dalla necessaria informazione sull'isolamento fiduciario e dall'attivazione dell'ATS competente sul territorio per i passaggi successivi;
- ✓ Di fronte invece a febbre o a sintomi COVID-19 già presenti, anche con l'eventuale supporto del personale del CPS, viene contattato il Medico di Medicina Generale e l'ATS competente sul territorio per l'attivazione del percorso di approfondimento diagnostico e dell'isolamento. La valutazione clinica ed il successivo monitoraggio vengono comunque garantiti per via telefonica o videochiamata, salvo situazioni di urgenza che vengono ri-orientate verso il Pronto Soccorso.
- ✓ Gli accompagnatori dovranno essere limitati a quelli strettamente necessari (es: accompagnatori di persone non autosufficienti) e andrà valutata la loro permanenza all'interno delle aree di attesa in funzione del distanziamento fisico prescritta. Dovranno indossare mascherina protettiva per tutto il periodo della loro permanenza.

- **nella gestione dell'appuntamento**

- ✓ L'attività in presenza deve essere strutturata prevedendo un congruo lasso di tempo tra una prenotazione e la successiva e riorganizzando le attività su di un orario più ampio; ciò allo scopo di non far sostare in sala d'attesa le persone, e di evitare la presenza contemporanea di troppi operatori.
- ✓ va osservata in modo scrupoloso sia da parte del paziente che dell'operatore la puntualità ed il rispetto dell'orario prefissato, onde evitare anticipi o ritardi, sia di sostare in sala d'attesa alla conclusione della prestazione,
- ✓ nelle aree di attesa non potrà essere superato il limite consentito dalla necessità di mantenere il distanziamento fisico.

2.3 Visite domiciliari

- I programmi domiciliari vanno attivati a partire da una verifica del bisogno clinico e dell'appropriatezza, indirizzandoli prioritariamente ai pazienti per i quali sussistono difficoltà a raggiungere il Servizio.
- Preventivamente alla visita a domicilio o in altro luogo gli operatori si informeranno sullo stato di salute del paziente e dei familiari per valutare il rischio di esposizione. Nel caso di febbre e/o sintomi COVID-19 e in assenza di carattere di urgenza, la visita va rimandata, mantenendo un contatto telefonico per seguire l'evoluzione clinica.
- Durante la visita domiciliare il paziente e gli eventuali familiari presenti indosseranno la mascherina chirurgica e manterranno la distanza di almeno un metro. Gli operatori, oltre alle medesime precauzioni, in caso di somministrazioni di farmaci ovvero di pazienti con anamnesi medica e psichiatrica poco note o con disturbi comportamentali, dovranno applicare le procedure previste per le somministrazioni di farmaci all'interno del CPS.
Ugualmente, qualora fosse indispensabile eseguire la visita ad un paziente con sintomi respiratori o altri elementi altamente suggestivi di rischio COVID-19, sarà necessario indossare gli appropriati Dispositivi di Protezione Individuali (DPI), quali guanti monouso, mascherina filtrante FFP2/3, occhiali e camici monouso e sovrascarpe.
- Le attività di supporto domiciliare ai pazienti che vivono in nuclei di residenzialità leggera, housing sociale, alloggi supportati e gruppi appartamento vanno riportate al livello erogativo precedente all'emergenza, monitorando attentamente l'andamento delle convivenze, la presenza di sintomatologia COVID-19 e la condizione clinica e relazionale degli ospiti.

Visite urgenti territoriali

- Le visite territoriali urgenti, inclusi gli Accertamenti e i Trattamenti Sanitari Obbligatori, comportano un intervento su pazienti in fase di scompenso, spesso in situazione di agitazione e/o di discontrollo comportamentale, in cui non sempre è possibile il mantenimento del distanziamento e in cui può avvenire un contatto diretto con l'assistito; esse necessitano di uno stretto coordinamento preventivo con gli operatori del 112 e con le Forze dell'Ordine.
- Gli operatori devono essere dotati di DPI, analoghi a quelli utilizzati in area COVID-19, quali guanti monouso, mascherina filtrante FFP2/3, occhiali/visiera, camici monouso e sovrascarpe.

- È da sottolineare però che tali dispositivi possono agire da trigger con i pazienti, e quindi devono essere messe in atto tutte le possibili strategie di rassicurazione e di de-escalation, in modo tempestivo e generalizzato.

2.4 Attività in remoto

- Un'organizzazione come quella descritta comporta una riduzione dell'attività erogata: si pensi solo all'effetto che il distanziamento fisico in sala d'aspetto e la dilazione degli appuntamenti provoca sulla frequenza degli stessi. Per compensare, almeno in parte, questa riduzione e rispondere ai bisogni dei pazienti è necessario che vengano mantenute ed ampliate le attività svolte in remoto. Le ASST dovranno attivare in modo specifico per i DSMD una struttura informatica che permetta l'implementazione di sistemi di video-chiamata con i pazienti ed i loro familiari da un lato e di teleconferenza tra gli operatori dall'altro, predisponendo le risorse tecnologiche ed informatiche necessarie per l'appropriato svolgimento di tali attività in tutte le sedi dei servizi.
- Anche gli interventi in remoto verranno schedulati tra gli appuntamenti della struttura al fine di garantirne l'esecuzione. Tutte le attività andranno registrate nella cartella clinica, con la medesima dicitura che avrebbe avuto la prestazione se fosse stata effettuata in presenza del soggetto (colloquio clinico, psicoterapia, intervento psico-educativo, ecc), indicando tra parentesi la modalità con cui è stata effettuata e il motivo, ad esempio *"effettuato via teleconferenza per emergenza COVID-19"*. Analogamente le prestazioni andranno registrate all'interno di Psicheweb, permettendo di identificare in fase di inserimento le prestazioni effettuate in remoto.
- Qualora sia necessaria la compilazione di ricette, lo psichiatra dovrà favorire la via informatica e dematerializzata, riducendo gli accessi per il ritiro delle ricette.
- Analogamente oltre all'erogazione di interventi di natura psico-sociale a distanza (ad esempio, visite psichiatriche, sessioni psicologiche, psicoeducative e riabilitative) si potranno avviare nell'area dei disturbi emotivi comuni sperimentazioni sull'applicabilità di interventi in remoto parzialmente gestiti da software dedicati.

3. CENTRI DIURNI

3.1 Indicazioni generali

Le attività delle strutture semiresidenziali vanno gradualmente riportate alle modalità precedenti, privilegiando gli interventi individuali e per piccoli gruppi, scaglionando durante la giornata il numero di pazienti presenti e rispettando le regole di distanziamento.

Con ciascun utente verrà definito un programma complementare attraverso colloqui individuali telefonici, se possibile in videochiamata, gestiti dal Centro Diurno.

Si deve porre particolare attenzione perché la semiresidenzialità rappresenta, da un punto di vista epidemiologico, la situazione più rischiosa in quanto l'utente frequenta 2 ambiti differenti per periodi lunghi (casa e servizio) e a questo si aggiungono anche i tragitti di percorrenza.

- l'organizzazione messa in atto per prevenire l'infezione durante la fase acuta del contagio deve rimanere in essere: misurazione della temperatura dei pazienti e intervista sintomatologica COVID nella zona filtro all'ingresso della struttura (vedi indicazioni per il CPS), sorveglianza sanitaria degli operatori, l'utilizzo di mascherine chirurgiche da parte di pazienti e operatori lungo tutto l'arco della permanenza in Centro Diurno, riduzione del numero di pazienti presenti contemporaneamente nella struttura.
- I programmi dei pazienti in trattamento nel Centro Diurno vanno rivalutati alla luce dei bisogni clinici e psicosociali attuali. La riduzione del numero di pazienti presenti contemporaneamente è favorita dallo scaglionamento dei pazienti in due turni, preferendo semiresidenzialità inferiori a 4 ore. Programmi riabilitativi per gruppi numerosi in ambienti ristretti vanno evitati.
- Le indicazioni relative alle procedure, agli spazi, alla formazione degli operatori, all'uso dei dispositivi vengono date nel successivo paragrafo dedicato alle Strutture Residenziali

4. STRUTTURE RESIDENZIALI

4.1 Indicazioni generali

Le strutture residenziali dovrebbero gradualmente ampliare i nuovi ingressi, limitati nella fase 1 alle situazioni di eccezionalità.

Devono essere poste in essere tutte le strategie appropriate per prevenire l'ingresso e la diffusione del contagio nelle strutture residenziali, nonché applicati protocolli per rispondere alle persone che possono aver contratto l'infezione.

Le indicazioni previste per le strutture residenziali sono a tutti gli effetti estese alle REMS per le quali andrà anche garantita la modalità di raccordo e contatto con gli enti coinvolti a vario titolo nella gestione della misura di sicurezza e del Progetto Terapeutico Riabilitativo Forense.

- Va identificato un referente per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate a COVID-19 che garantisce l'esistenza e l'aggiornamento di procedure, la formazione del personale e la disponibilità dei DPI all'interno della struttura. Va garantita la formazione di tutto il personale sanitario e di assistenza, compresi gli addetti alle pulizie, soprattutto sul corretto uso dei DPI. Vanno identificati preventivamente spazi/strutture per garantire l'appropriato isolamento di eventuali pazienti positivi COVID-19 che non necessitino di ricovero ospedaliero. Devono essere presenti sempre all'interno di locali un dispenser di soluzioni idroalcoliche e deve essere presente nella struttura una quantità adeguata di DPI.
- Attenzione deve essere posta al distanziamento sociale dei pazienti residenti, eventualmente rimodulando il numero complessivo dei posti letto attivati.
- Va attuata una sorveglianza sanitaria giornaliera dei pazienti residenti attraverso la rilevazione della temperatura corporea (una volta al giorno) e della presenza di possibili sintomi COVID-19. Tali dati vanno tracciati sulla cartella .
- Gli operatori devono sempre utilizzare le mascherine chirurgiche, anche in assenza di pazienti, ed attuare le misure di prevenzione igienico-sanitarie (lavaggio frequente e accurato delle mani, guanti monouso, ricambio d'aria nei locali). In particolare i guanti vanno utilizzati durante la

dispensazione dei pasti, la somministrazione delle terapie e la distribuzione quotidiana di materiale, laddove presente nonché negli interventi igienici o di assistenza diretta al paziente.

- Per quanto riguarda le **nuove ammissioni, gli ospiti/pazienti attualmente presenti risultati positivi al tampone e per i casi COVID-19 di futura eventuale insorgenza**: si rimanda all'allegato A di questa DGR.
- E' opportuno che l'equipe residenziale ed il medico psichiatra valutino per il paziente in isolamento, la possibilità di brevi uscite dalla stanza in ambiente esterno alla struttura (qualora fosse presente per esempio un giardino interno) in presenza di personale infermieristico e in momenti di assenza di altri co-residenti. Ciò allo scopo di rendere più sopportabile la condizione di isolamento.
- tutte le **attività di gruppo** dei pazienti, le riunioni di equipe e tutte le attività di gruppo che implicano la presenza contemporanea di più persone devono essere riorganizzate. Può essere valutata la possibilità di mantenere attività con gruppi di pazienti e operatori poco numerosi, con distanziamento fisico di almeno 2 metri e uso della mascherina chirurgica, in spazi ampi e ben areati o all'aperto. Le strutture comunque devono mantenere le attività riabilitative in atto con i singoli pazienti nei limiti concessi dalla normativa nazionale / regionale durante la pandemia, e riorganizzarle in modo partecipativo con il contributo dei pazienti.
- Vanno promosse le **uscite individuali e l'attività fisica** dei residenti all'interno del perimetro della struttura laddove siano presenti cortili, giardini, aree esterne all'edificio ma comunque di pertinenza della struttura. Le uscite al di fuori del perimetro della struttura vanno costantemente rivalutate alla luce della normativa vigente, e, quando da questa consentito, anche in piccoli gruppi accompagnati da un operatore.
- Nel caso venga ritenuta opportuna la ripresa di programmi individuali strutturati esterni alla struttura (borse lavoro, tirocini, ecc.), occorre assicurare il rispetto delle regole igieniche prescritte (mascherina, distanziamento, igienizzazione, ecc.) e la sorveglianza sanitaria al rientro (misura della temperatura, intervista).
- Vanno promossi e sostenuti attivamente i **contatti a distanza** (telefonate, videochiamate ecc.) tra i pazienti e i loro amici e familiari, mentre va limitato ai soli casi di necessità inderogabile l'accesso di familiari e visitatori alla struttura, permettendo loro di entrare solo uno per volta e rimanendo all'ingresso della struttura, dopo triage (accertamento da parte degli operatori della assenza di sintomatologia e/o di contatto con persone sospette o positive al tampone). I familiari e i visitatori devono portare con sé la mascherina chirurgica ed indossarla prima di essere a contatto con utente ed operatori, effettuando la detersione delle mani prima dell'incontro e mantenendo la distanza di sicurezza. Di regola non sono permessi i rientri a casa (sia diurni che pernottamenti), salvo casi eccezionali che potranno essere valutati con attenzione a seconda delle necessità individuali e in base all'evoluzione del quadro epidemiologico.
- Durante i **pasti** va mantenuto il distanziamento, eventualmente organizzando più turni.

- Gli utenti presenti nella struttura vanno attivamente **supportati nel rispetto delle misure** di prevenzione, promuovendo attivamente il distanziamento dagli altri ospiti e dagli operatori ed il frequente lavaggio delle mani.
- Le raccomandazioni sopra descritte vanno condivise con gli operatori della struttura, anche con approccio psicoeducativo, e comunicate a pazienti e familiari, oltre che esposte all'ingresso della struttura.
- Nei programmi di residenzialità leggera, si deve garantire la quotidiana sorveglianza sanitaria (rilevazione della temperatura e intervista) e debbono essere promosse le misure di prevenzione (uso di mascherine, distanziamento e igienizzanti).

5. SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA

5.1 Indicazioni generali.

I SPDC mantengono la loro attività di ricovero legata all'urgenza psichiatrica, con l'esecuzione del tampone all'ammissione del paziente.

I pazienti affetti da Covid-19 con presenza di sintomatologia somatica attiva prevalente necessitano di ricovero presso i reparti specialistici di competenza.

I pazienti con disturbi psichiatrici attivi e COVID-19 positivi asintomatici o paucisintomatici devono essere ricoverati o in aree dedicate degli SPDC o nei reparti/aree COVID-19, in questo caso con la presenza di un'équipe psichiatrica che monitori quotidianamente il quadro psicopatologico.

- La presenza di pazienti COVID-19 positivi, ma asintomatici o paucisintomatici e con disturbi mentali gravi in fase acuta che necessitino di ricovero psichiatrico, rende necessario allestire all'interno delle strutture ospedaliere aree in grado di trattare il disturbo psichiatrico acuto e permettere in sicurezza l'isolamento di tali pazienti.
- Le aree di degenza possono essere individuate sia all'interno di reparti di area COVID-19 in camere dedicate con un supporto organizzato da parte del personale psichiatrico, che in SPDC in aree che permettano l'isolamento del paziente.
L'organizzazione deve discendere da indicazioni e accordi con la Direzione Strategica delle singole ASST.
- E' anche possibile in relazione della numerosità dei casi prevedere che un SPDC venga dedicato alla degenza COVID - 19 , con utenza proveniente anche da territori differenti in seguito ad accordi tra ASST contigue nell'ambito della ATS di riferimento ("La gestione di pazienti COVID – 19 + con Disturbi Psichiatrici Acuti" Prot. G1.2020.0011974 del 18/03/2020) o quando presenti più SPDC in una ASST.
- I pazienti che in Pronto Soccorso, dopo visita dello specialista, necessitino di ricovero psichiatrico, devono eseguire un tampone e una radiografia/TAC toracica. Se a causa della gravità del quadro clinico psicopatologico e/o dei problemi comportamentali non sia possibile attendere l'esito del tampone in Pronto Soccorso e devono essere ricoverati in SPDC, il paziente accede al reparto e viene collocato in condizioni di isolamento; a seguito

dell'esito del tampone verranno adottate azioni successive. E' pertanto necessario identificare nel reparto una o più camere con questa funzione.

- La degenza può avvenire in SPDC come previsto dalla nota del Ministero della Salute N° 0014314-23/04/2020-DGPRE-DGPRE-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".
- Accanto alle camere dedicate all'isolamento va individuato una stanza o uno spazio specificamente dedicati alla vestizione e alla custodia dei DPI, disinfettanti ecc.. Gli strumenti utilizzati nell'area di isolamento (ad es: sfigmomanometro, elettrocardiografo, ecc) devono essere dedicati. Gli operatori hanno contatto diretto con il paziente solo dentro la stanza, riducendone la numerosità al minimo indispensabile e solo con gli idonei DPI (guanti monouso, mascherina filtrante FFP2/3, occhiali e/o visiera, camici monouso e sovrascarpe). Il personale deve avere ricevuto una formazione sull'utilizzo degli strumenti di protezione e deve conoscere e seguire le procedure che vengono adottate nell'accesso e nell'assistenza ad un paziente COVID-19 positivo nell'area internistica-infettivologica COVID-19.
- In caso di ricovero di paziente COVID-19 positivo deve essere attentamente valutata la necessità di incremento del personale di assistenza in turno ed è consigliato l'utilizzo di telecamere per favorire un'adeguata assistenza al paziente nell'area di isolamento. Viene predisposto un attento monitoraggio clinico (misurazione temperatura corporea tre volte al giorno e della saturazione di ossigeno, "test del cammino") in costante contatto con i sanitari di area internistica/infettivologica COVID-19.
- In caso di paziente COVID-19 sintomatico, che presenti un peggioramento sintomatologico dal punto di vista somatico, l'indicazione è quella di un ricovero in area internistica/infettivologica COVID-19, con presenza flessibile di personale psichiatrico (psichiatra ed infermieri).
- Nell'approccio ad un paziente in stato di agitazione e/o con comportamenti aggressivi in Pronto Soccorso è indicato un livello di protezione maggiore degli operatori con l'utilizzo di mascherine FFP2/3, camice monouso/grembiule monouso, guanti monouso, occhiali di protezione/visiera e sovrascarpe. È da sottolineare che tali dispositivi possono agire da trigger con i pazienti, e quindi devono essere messe in atto tutte le possibili strategie di rassicurazione e di de-escalation, in modo tempestivo e generalizzato.
- Va attuata una sorveglianza sanitaria giornaliera dei pazienti ricoverati in SPDC attraverso la rilevazione della temperatura corporea (due volte al giorno) e della presenza di sintomi suggestivi di COVID-19. Tali dati vanno tracciati sulla cartella infermieristica. È indicato che tutti i pazienti indossino sempre mascherine chirurgiche, si lavino regolarmente le mani ed osservino la distanza di sicurezza gli uni dagli altri e dagli operatori.
- Durante i pasti va mantenuto il distanziamento, eventualmente organizzando più turni.
- Va effettuata attività di informazione e sostegno agli utenti presenti in reparto relativamente al rispetto rigoroso delle norme di prevenzione, promuovendo attivamente il frequente lavaggio delle mani e le misure di distanziamento fisico.
- Per tutti i pazienti ricoverati in SPDC, COVID-19 negativi, va limitato l'accesso dei visitatori alle situazioni giudicate strettamente indispensabili, privilegiando i contatti telefonici o in

videochiamata. Per i pazienti in isolamento in SPDC (ad es. in attesa di tampone) non è permessa alcuna visita.

Le raccomandazioni sopra descritte vanno condivise con tutti gli operatori del reparto e comunicate sempre a pazienti e familiari, oltre che esposte all'ingresso della struttura.