

Serie Ordinaria n. 24 - Venerdì 12 giugno 2020

D.g.r. 9 giugno 2020 - n. XI/3226

Atto di indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla «Fase 1» dell'emergenza epidemiologica da COVID-19

LA GIUNTA REGIONALE

Visti:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 «Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della l. 23 ottobre 1992, n. 421»;
- le ordinanze del Ministro della Salute rispettivamente del 25 gennaio 2020, 30 gennaio 2020, 21 febbraio 2020;
- la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020;
- il decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6 recante «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19» convertito, con modificazioni, dalla legge 5 marzo 2020, n. 13, successivamente abrogato dal decreto-legge 25 marzo 2020 n. 19, ad eccezione dell'articolo 3, comma 6-bis, e dell'articolo 4;
- il d.p.c.m. 23 febbraio 2020, recante «Disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 45 del 23 febbraio 2020 e successive modifiche ed integrazioni avvenute nel corso dei mesi marzo e aprile 2020;
- il decreto-legge n. 14 del 9 marzo 2020 «Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID - 19»;
- il 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» convertito in legge n. 27 del 24 aprile;
- il decreto-legge n. 19 del 25 marzo 2020 «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;
- il decreto-legge n. 23 dell'8 aprile 2020 «Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali»;
- il d.p.c.m. 26 aprile 2020 recante «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale» e in particolare l'art. 8, sostituito dall'art. 9 del d.p.c.m. 17 maggio 2020;
- il decreto-legge n. 28 del 30 aprile 2020 «Misure urgenti per la funzionalità dei sistemi di intercettazioni di conversazioni e comunicazioni, ulteriori misure urgenti in materia di ordinamento penitenziario, nonché disposizioni integrative e di coordinamento in materia di giustizia civile, amministrativa e contabile e misure urgenti per l'introduzione del sistema di allerta COVID - 19»;
- il decreto del Ministero della Salute del 30 aprile 2020 «Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2 di cui all'allegato 10 del d.p.c.m. 26 aprile 2020»;
- 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»;
- il decreto-legge n. 34 del 19 maggio 2020 «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Richiamati altresì i report con indicazioni ad interim dell'Istituto Superiore di Sanità, nonché le note ministeriali:

- Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19. Versione del 7 marzo 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020);
- 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);

- 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 (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020);

- indicazioni ad interim per l'utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19), versione del 28 marzo 2020;
- indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2 (versione del 30 marzo 2020 Istituto Superiore Sanità);
- indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie. Versione del 17 aprile 2020. Roma (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev.);
- 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 (nota Ministero della Salute del 23 aprile 2020);
- circolare del Ministero della salute n. 0014915-29/04/2020-DGPRA-DGPRA-P Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività;

Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020);

- Circolare del Ministero della Salute 0017644-22/05/2020-DGPRA-MDS-P «Indicazioni per l'attuazione di misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 attraverso procedure di sanificazione di strutture non sanitarie (superficie, ambienti interni) e abbigliamento»;

Visto il d.lgs. n. 81/2008 «Testo Unico in materia di sicurezza nei luoghi di lavoro», con particolare riferimento al Titolo X;

Viste altresì:

- la legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 «Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità»;
- la legge regionale 30 dicembre 2019, n. 24 «Legge di stabilità 2020 - 2022»;
- la legge regionale 30 dicembre 2019, n. 26 «Bilancio di previsione 2020 - 2022»;

Richiamate le seguenti ordinanze regionali:

- n. 514 del 21 marzo 2020 «Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica: limitazione degli spostamenti su tutto il territorio regionale»;
- n. 515 del 22 marzo 2020 «Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica: sospensione attività in presenza delle amministrazioni pubbliche e dei soggetti privati preposti all'esercizio di attività amministrative nonché modifiche dell'ordinanza n. 514 del 21 marzo 2020»;
- n. 517 del 23 marzo 2020 «Modifica dell'ordinanza n. 515 del 22 marzo 2020»;
- n. 521 del 4 aprile 2020 «Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica e dell'art. 3 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19»;
- n. 537 del 30 aprile 2020 «Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica e dell'art. 3 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19»;
- n. 539 del 3 maggio 2020 «Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica e dell'art. 3 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19»;

- n. 547 del 17 maggio 2020 «Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica e dell'art. 3 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19»;

Richiamate altresì le seguenti delibere regionali:

- n. XI/2672 del 16 dicembre 2019 «Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2020» - (di concerto con gli Assessori Caparini, Piani e Bolognini);
- n. XI/2903 del 2 marzo 2020 «Prime Determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19» - (di concerto con gli Assessori Galleri, Caparini e Foroni);
- n. XI/2906 del 8 marzo 2020 «Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID - 19»;
- n. XI/2986 del 23 marzo 2020 «Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID - 19 - area territoriale»;
- n. XI/3016 del 30 marzo 2020 «Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID- 19 (centro di costo cov 20)»;
- n. XI/3018 del 30 marzo 2020 «Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID- 19 - indicazioni per gestioni operative per le RSA e le RSD»;
- n. XI/3114 del 7 maggio 2020 «Determinazioni in merito alle attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia COVID-19»;
- n. XI/3115 del 7 maggio 2020 «Indirizzi per l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia da COVID -19»;
- n. XI/3131 del 12 maggio 2020 «COVID-19: Indicazioni in merito ai test sierologici»;
- n. XI/3132 del 12 maggio 2020 «Determinazioni in merito al trattamenti informativo ed economico della prestazione test molecolare virus SARS-COVID2»;
- n. XI/3183 del 26 maggio 2020 «Art. 8 d.p.c.m. 26 aprile 2020 come modificato dall'art. 9 del d.p.c.m. del 17 maggio 2020: avvio fase due servizi semiresidenziali per persone con disabilità» - (di concerto con l'assessore Galleri);

Ritenuto di ripristinare gli accessi alle strutture residenziali per anziani, revocando quanto previsto in merito nell'allegato 2 alla d.g.r. n. XI/2906 del 08 marzo 2020, nei chiarimenti resi con nota DG Welfare prot. G1.2020.0015635 del 3 aprile 2020, nonché nella nota DG Welfare prot. G1.2020.0018094 del 23 aprile 2020;

Ritenuto di revocare i contenuti dell'allegato 4 alla d.g.r. n. XI/2986 del 23 marzo 2020 «La rete regionale di cure palliative nell'emergenza COVID-19: documento di riorganizzazione straordinaria del modello erogativo e della capacità di offerta delle reti locali di cure palliative»;

Ritenuto opportuno assicurare il progressivo ripristino di tutte le attività sociosanitarie nella massima sicurezza di utenti e operatori, nonché delle collettività alle quali è rivolta l'offerta sociosanitaria 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;

Ritenuto opportuno altresì ripristinare il modello erogativo delle cure palliative di cui alla d.g.r. n. X/5918 del 28 novembre 2016 a decorrere dal 1 luglio 2020, con ripresa dell'attività dell'Organismo di Coordinamento Regionale e dei Dipartimenti interaziendali di coordinamento delle Reti Locali di Cure Palliative e contestuale decadenza del Gruppo Tecnico Centrale-CP COVID-19 (GTC-CP) e dei Gruppi Tecnici Periferici-CP COVID-19 (GTP-CP);

Stabilito di demandare alla DG Welfare la valutazione degli esiti del gruppo di lavoro già attivato per quanto riguarda la remunerazione dei maggiori costi correlati alle attività svolte dagli enti erogatori nella fase di emergenza COVID - 19;

Stabilito altresì di demandare a successivo provvedimento, a seguito delle valutazioni del sopra menzionato gruppo di lavoro, anche in ragione di quanto indicato dal d.l. n. 34/2020 «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», le determinazioni in merito alle modalità di rendicontazione delle prestazioni rese e delle relative tariffe aggiornate;

Considerato che, in attuazione all'art. 8 del d.p.c.m. n. 26 aprile 2020, sostituito dall'art. 9, comma 1 del d.p.c.m. del 17 maggio 2020 «Ulteriori disposizioni specifiche per la disabilità», le attività sociali e socio-sanitarie vengono riattivate secondo piani territoriali, adottati dalle regioni, assicurando attraverso eventuali specifici protocolli il rispetto delle disposizioni per la prevenzione dal contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori, per i quali si rimanda alla d.g.r. n. XI/3183 del 26 maggio 2020 «Art. 8 d.p.c.m. 26 aprile 2020 come modificato dall'art. 9 del d.p.c.m. del 17 maggio 2020: avvio fase due servizi semiresidenziali per persone con disabilità» - (di concerto con l'assessore Galleri);

Tenuto conto dell'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 (residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale, domiciliare), si rende inoltre necessario definire articolazioni innovative che potranno essere sviluppate anche successivamente alla «Fase 2», nell'ambito delle Unità di Offerta sociosanitarie;

Considerato opportuno applicare la d.g.r. n. XI/3115 del 7 maggio 2020 «Indirizzi per l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia da COVID-19» anche per gli aspetti di trasferibilità all'ambito sociosanitario, al fine di una armonizzazione complessiva dei contenuti, relativamente a:

- modalità generali di accesso alle strutture;
- limitazione degli accessi per il personale;
- distanziamento interpersonale;
- accessi per prestazioni ambulatoriali;
- altri servizi a potenziale alto flusso di accesso di utenti;

Ritenuto di rinviare a tutte le indicazioni ministeriali e norme qui citate o ad eventuali loro successive modifiche e integrazioni;

Ritenuto pertanto di adottare un atto di indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla «Fase 1» dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, in riferimento ai principali setting assistenziali (residenziale, semiresidenziale e ambulatoriale, domiciliare), nonché per i servizi dell'area della salute mentale (neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sperimentazioni RIA minori e case management, della psichiatria, delle dipendenze) e della sanità penitenziaria;

Dato atto che:

i contenuti degli allegati al presente provvedimento sono stati illustrati e discussi nella riunione del Comitato Tecnico Scientifico del giorno 22 maggio 2020;

La definizione del testo tiene conto anche dei contributi successivamente pervenuti;

Visto il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico che si è espresso nella seduta del 5 giugno 2020 e riconfermato in data 9 giugno 2020 dopo perfezionamenti apportati al testo;

Ritenuto pertanto di approvare l'allegato A, l'allegato B e relativi cinque sub allegati, quali parti integranti del presente provvedimento;

Ritenuto altresì di demandare alla DG Welfare l'istituzione di apposito gruppo di lavoro con le ATS finalizzato ad aggiornare, in base all'andamento epidemiologico, l'allegato A e l'allegato B al presente atto e a condividere criteri di campionamento e modalità di controllo (ad esempio attraverso appositi strumenti standardizzati);

Richiamate la l.r. 20/08 e le dd.g.r. relative all'assetto organizzativo della Giunta regionale;

Vagilate e fatte proprie le suddette motivazioni;

All'unanimità dei voti espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare l'allegato A «Atto di indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla «Fase 1» dell'emergenza epidemiologica da COVID-19», parte integrante del presente provvedimento;

2. di approvare altresì l'allegato B «Fase 2 - servizi dell'area della salute mentale (neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sperimentazioni RIA minori e case management, della psichiatria, delle dipendenze) e della sanità penitenziaria» e relativi cinque sub allegati, parte integrante del presente provvedimento;

3. di ripristinare gli accessi alle strutture residenziali per anziani, revocando quanto previsto in merito nell'allegato 2 alla d.g.r. n. XI/2906 del 08 marzo 2020, nei chiarimenti resi con nota DG Wel-

Serie Ordinaria n. 24 - Venerdì 12 giugno 2020

fare prot. G1.2020.0015635 del 3 aprile 2020, nonché nella nota DG Welfare prot. G1.2020.0018094 del 23 aprile 2020;

4. di revocare i contenuti dell'allegato 4 alla d.g.r. n. XI/2986 del 23 marzo 2020 «La rete regionale di cure palliative nell'emergenza COVID-19: documento di riorganizzazione straordinaria del modello erogativo e della capacità di offerta delle reti locali di cure palliative»;

5. di ripristinare il modello erogativo delle cure palliative di cui alla d.g.r. n. X/5918 del 28 novembre 2016 a decorrere dal 1 luglio 2020, con ripresa dell'attività dell'Organismo di Coordinamento Regionale e dei Dipartimenti interaziendali di coordinamento delle Reti Locali di Cure Palliative e contestuale decadenza del Gruppo Tecnico Centrale-CP COVID-19 (GTC-CP) e dei Gruppi Tecnici Periferici-CP COVID-19 (GTP-CP);

6. di demandare alla DG Welfare la valutazione degli esiti del gruppo di lavoro già attivato per quanto riguarda la remunerazione dei maggiori costi correlati alle attività svolte dagli enti erogatori nella fase di emergenza COVID - 19;

7. di demandare a successivo provvedimento, a seguito delle valutazioni di cui al punto 6 e anche in ragione di quanto stabilito dal d.l. n. 34 «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19», le determinazioni in merito alle modalità di rendicontazione delle prestazioni rese e delle relative tariffe aggiornate;

8. di demandare alla DG Welfare l'istituzione di apposito gruppo di lavoro con le ATS finalizzato ad aggiornare, in base all'andamento epidemiologico, gli allegati A e B al presente atto e a condividere criteri di campionamento e modalità di controllo (ad esempio attraverso appositi strumenti standardizzati);

9. di stabilire che il presente provvedimento non è soggetto alla materia di trasparenza e pubblicità ai sensi degli artt. 26 e 27 del d.lgs. n. 33;

10. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia (BURL) e sul portale istituzionale di Regione Lombardia www.regione.lombardia.it e di trasmettere lo stesso alle ATS.

Il segretario: Enrico Gasparini

_____ • _____

Allegato A

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

PREMESSE

Al fine di assicurare il progressivo ripristino di tutte le attività sociosanitarie 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 sociosanitaria, si richiamano la circolare del Ministero della salute n. 0014915-29/04/2020-DGPRE-DGPRE-P e i più recenti atti regionali per la sorveglianza sanitaria degli operatori sanitari e sociosanitari 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 sociosanitarie.

Occorre infine evidenziare che per l’attuazione della fase 2 legata alla riapertura delle UDO sociali e sociosanitarie 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 sociosanitarie (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 Infekzioni – 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-DGPRA-DGPRA-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, avvino 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, videochiamate 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 destinazione 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 SOCIOSANITARIE 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 familiari 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 SOCIOSANITARIE 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 ricoprendono, inoltre, le sperimentazioni sociosanitarie 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 intellettuale 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 puerpa 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 Consultori 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 prevede, 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 dal 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-DGPRE-DGPRE-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-DGPRE-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-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**”. Il documento, seppur incentrato su persone con problemi di salute mentale o che afferiscono ai servizi di NPIA, 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".

Allegato B

FASE 2 - SERVIZI DELL'AREA DELLA SALUTE MENTALE (NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA, SPERIMENTAZIONI RIA MINORI E CASE MANAGEMENT, DELLA PSICHIATRIA, DELLE DIPENDENZE) E DELLA SANITÀ PENITENZIARIA

PREMESSA

Le conoscenze relative a SARS – CoV-2 aumentano progressivamente e la situazione epidemiologica è in continuo cambiamento: Aziende, Erogatori e Servizi devono porsi nei confronti della popolazione quali interlocutori affidabili, ma al tempo stesso rapidi nel cogliere i mutamenti, al fine di adottare le precauzioni e le azioni più congruenti in relazione ai nuovi dati scientifici.

Coniugare la prosecuzione e la graduale ripresa di alcune attività con la necessità di non fare correre rischi ai pazienti, ai loro familiari e agli operatori deve essere il filo conduttore che orienterà le prossime azioni, consapevoli che gli interventi che si vanno a programmare sono essenziali per gli utenti e per le loro famiglie, persone che hanno particolarmente sofferto l'isolamento e la preoccupazione per la possibilità di ammalarsi.

Il DCPM del 26 aprile 2020 all'art 8 "Ulteriori disposizioni specifiche per la disabilità" ha disposto che "*le attività sociali e socio sanitarie erogate dietro autorizzazione o in convenzione, comprese quelle erogate all'interno o da parte dei 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 specifici protocolli il rispetto delle disposizioni per la prevenzione del contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori*".

Il presente allegato, in ottemperanza a tale indicazione, ha la finalità di definire le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie erogate dai Servizi che operano nell'ambito della Sperimentazioni RIA Minori e Case Management, ma anche della Salute Mentale e delle Dipendenze, comprese quelle in regime di residenzialità e semi residenzialità, tenendo presenti le specificità del territorio lombardo e l'organizzazione trasversale a tali aree di intervento.

Il presente allegato è di conseguenza costituito da una Parte Generale e da una serie di Sub-Allegati specifici per le diverse Aree Fase 2:

- Sub-allegato B1 – **Fase 2 : Neuropsichiatria dell' Infanzia e dell'Adolescenza e Riabilitazione**
- Sub-allegato B2 – **Fase 2 : Sperimentazioni RIA Minori e Case Management**
- Sub-allegato B3 – **Fase 2 : Psichiatria**
- Sub-allegato B4 – **Fase 2 : Dipendenze**

Si allega inoltre una parte relativa alla **Fase 2 Sanità Penitenziaria** (Sub-allegato B5) in quanto quest'area- che afferisce agli interventi territoriali - ha spesso costituito un modello anche per altri ambiti per la capacità che ha avuto di contrastare, attraverso interventi precoci ed efficaci, la

diffusione dell'epidemia in Comunità potenzialmente più esposte a diffusione del contagio, quali quelle carcerarie, specie se presenti su un territorio fortemente colpito.

Tutte le indicazioni date nei diversi Allegati dovranno tener conto delle **eventuali evoluzioni normative, sia a livello nazionale che regionale**, e la loro applicazione sarà rivista a fronte di nuove evidenze in ambito epidemiologico.

In particolare si richiamano le ultime **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” in relazione a quanto precisato per le diverse fattispecie di collettività chiuse;

- DGR N° XI/3132 del 12/05/2020 –“Determinazioni in merito al trattamento informativo ed economico della prestazione test molecolare virus sars-covid2”

Si rimanda, inoltre, al 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 tutti gli aspetti di interesse, incluso quelli di pulizia/disinfezione di locali, dispositivi e attrezzatura. Per quest'ultimi 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 “Indicazioni per l'attuazione di misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 attraverso procedure di sanificazione di strutture non sanitarie (superficie, ambienti interni) e abbigliamento”.

Oltre a quanto qui indicato, per ogni ulteriore precisazione, si rimanda all'allegato A alla presente DGR e, specificamente per il sub-allegato B2 “Indicazioni operative per Sperimentazioni RIA Minori e Case Management”, si rinvia alla DGR N° XI/3183 del 26/05/2020 ad oggetto “Art. 8 DPCM 26 aprile 2020 come modificato dall'Art. 9 del DPCM del 17 MAGGIO 2020: avvio fase due servizi semiresidenziali per persone con disabilità - (di concerto con l'Assessore Gallera)”.

PARTE GENERALE

Le prestazioni dei **Servizi dell'Area della Salute Mentale (Psichiatria, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza), della Disabilità e delle Dipendenze** costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza, sia in ambito nazionale che regionale, e la **continuità terapeutica** dell'erogazione è stata ribadita - come una necessità assoluta da garantire anche durante l'emergenza pandemica - da Regione Lombardia con la DGR n. 2906 del 08/03/2020.

Mantenere la funzionalità della rete dei Servizi è risultato indispensabile:

- per i **risvolti etici** connessi con l'assistenza ad una fascia di popolazione caratterizzata da condizioni di fragilità,
- per non **interrompere cure essenziali per i pazienti** in un momento di forte stress e disagio collettivo, cure che correttamente nella programmazione regionale sono state equiparate alla dialisi, alla chemioterapia e ad altri interventi "salvavita"
- per la rilevanza che i servizi svolgono in un'ottica di **sanità pubblica**, risultando disseminatori e moltiplicatori **delle informazioni e delle misure da osservare** per contenere il contagio e **sostenere** la **compliance alle regole** delle persone più fragili e dei loro familiari.

La **Fase 2** rappresenta, così per come è stata definita, un **periodo di transizione** tra la fase iniziale della espansione della infezione e una fase successiva di ritorno ad una situazione meno problematica, in cui non saranno più necessarie stringenti attività preventive di natura epidemiologica per contrastare e ridurre le possibilità di contagio per pazienti ed operatori.

Tuttavia - essendo la durata di questa fase legata a variabili temporali difficilmente definibili a priori - è pensabile che quanto predisposto costituisca la **modalità operativa ordinaria che i Servizi dovranno adottare per un periodo non breve** che, solo progressivamente, transiterà in una fase successiva, quando possibile e con la prudenza necessaria.

Si tratta pertanto di comprendere che, dal punto di vista dei pazienti e dei loro familiari, la Fase 2 non potrà più essere considerata una parentesi di difficoltà erogativa, legata a cause di forza maggiore, ma diventerà, almeno per un certo periodo, la "normale" modalità con cui potranno ottenere cure ed assistenza per la loro patologia.

Dal punto di vista dell'organizzazione dei Servizi pertanto, è necessario uscire da una dimensione logica connessa a misure provvisorie di emergenza, per entrare in quella di una, sebbene temporanea, **stabilità di funzionamento per operare in sicurezza nel tempo**.

Questo, anche tenendo conto che la pandemia in corso, in base alle attuali conoscenze, potrebbe avere una evoluzione variabile, con possibili recrudescenze .

L'obiettivo di fase 2 deve essere quello di **rimodulare l'attività ordinaria dell'offerta** sulla base di **quattro presupposti fondamentali**:

- 1) **Sicurezza** – ovvero l'adozione di tutte le misure necessarie per ridurre le possibilità di contagio degli utenti, dei familiari e degli operatori
- 2) **Appropriatezza** - ovvero l'esecuzione di trattamenti completi e appropriati, in relazione alla diagnosi ed alla situazione dei pazienti, nel rispetto di quanto previsto nel punto precedente, ma costruendo l'organizzazione necessaria per intervenire ordinariamente (non, solo o principalmente, in casi particolarmente gravi o in situazioni di urgenza)
- 3) **Innovazione** – ovvero la capacità di riformulare parte dell'organizzazione del lavoro e delle modalità di offerta dei Servizi, sperimentando e verificando nuove possibilità di interfaccia e di approccio con l'utenza che potranno essere, in base ai risultati, portate a regime
- 4) **Flessibilità** – ovvero la capacità di modulare, nel tempo ed in relazione all'evolversi della situazione e della domanda, l'organizzazione del lavoro, l'utilizzo degli spazi disponibili, gli orari di apertura delle sedi o di esercizio di particolari attività, nonché la capacità di configurare dinamicamente la modalità di accesso ai percorsi di cura ed alla loro esecuzione

La rimodulazione della attività ordinaria e l'adozione delle misure di sicurezza, mantenendo l'appropriatezza degli interventi, richiederà impegno professionale unito ad un importante sforzo organizzativo per interventi che debbono mantenere caratteristiche di **multidisciplinarietà**.

Le attività, come previsto dalla DGR 2906 dell'8 marzo 2020, non sono mai state interrotte e in questo periodo, al di là dell'erogazione tradizionale delle prestazioni non differibili, sono state implementate e sviluppate **possibilità di intervento di telemedicina/teleriabilitazione** che devono essere mantenute e ulteriormente sviluppate per il prossimo futuro.

Queste modalità hanno visto una buona adesione dei pazienti e dei loro familiari e, al di là del momento di emergenza, possono diventare un utilissimo strumento per diminuire l'affollamento nei Servizi e al tempo stesso garantire agli utenti adeguata continuità di cura.

Regione Lombardia è stata, a livello nazionale, una delle zone più colpite dalla pandemia COVID -19 e, di conseguenza, la prosecuzione/ripresa delle attività della cosiddetta Fase 2 deve essere orientata :

- da una parte alla **massima cautela e gradualità** per non disperdere i risultati raggiunti attraverso grandi sforzi da parte di tutta la popolazione e degli operatori
- dall'altra **alla attenta sorveglianza relativamente a possibili nuovi casi**, in particolar modo nelle fasce più fragili della popolazione, per poter eventualmente mettere in atto da subito le misure corrette.

Tutte le indicazioni di seguito date nei differenti Allegati devono essere declinate dalle Aziende e dagli Erogatori tenendo in massimo conto che – anche all'interno della Regione – i territori sono molto differenti e che le **zone a maggior densità abitativa** sono quelle che sono state più fortemente colpite e nelle quali la possibilità di riaccensione di focolai è massima.

In particolare in queste zone, la **gradualità e il costante monitoraggio** sono strumenti indispensabili per garantire quella **sicurezza** e quella **tutela** che devono costituire la cornice di ogni operare clinico.

Sub-allegato B1

FASE 2 - NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E RIABILITAZIONE DELL'ETÀ EVOLUTIVA

1. INDICAZIONI OPERATIVE GENERALI

L'attività NPIA e Riabilitativa in età evolutiva si svolge a stretto contatto con gli utenti, nella quale il mantenimento di un adeguato distanziamento fisico può essere molto difficile sia per le caratteristiche degli utenti sia per la tipologia di alcune delle attività.

La riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali di NPIA e riabilitazione dell'età evolutiva, inclusi i progetti di NPIA **deve quindi continuare a garantire contemporaneamente la massima continuità e supporto a pazienti e famiglie e il minimo rischio di diffusione del virus in utenti, familiari e operatori**, in linea con quanto previsto dal Comunicato 1567/CAV – “Emergenza Coronavirus 2019 - 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” del Ministero della Salute del 23/04/2020 e con il Rapporto ISS COVID-19 n 8/2020 “Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettuiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2”, nonché con le DGR 3114 e 3115 del 7/5/2020.

In particolare, come indicato nella DGR 3115/2020, andrà consolidato in tutti i Servizi **l'uso della telemedicina e della teleriabilitazione** già attivato in Fase 1, e rimodulato con estrema gradualità il mix tra interventi in telemedicina e teleriabilitazione e attività in presenza. Queste ultime continueranno a dover essere riservate ad interventi non differibili e che non possano essere effettuati con altre modalità, valutando attentamente il profilo rischio/beneficio anche alla luce dell'andamento locale dell'epidemia e con tutte le attenzioni previste per limitare la diffusione del virus SARS-CoV2.

Ove le famiglie preferiscano le attività a distanza, tale scelta deve poter essere rispettata e non può di per sé essere motivo di esclusione dalle attività in presenza in fasi successive.

A livello aziendale dovranno essere rapidamente completate e messe a regime le risorse tecnologiche necessarie per l'appropriato svolgimento delle attività di telemedicina e teleriabilitazione in tutte le sedi dei servizi.

Ciascuna struttura di NPIA e di riabilitazione dell'età evolutiva dovrà predisporre e/o aggiornare un **piano organizzativo di emergenza** che tenga conto della necessità di:

- formare e periodicamente aggiornare gli operatori sull'evolversi della pandemia, sulle precauzioni igieniche da adottare per le attività in presenza, sull'uso corretto dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), sulla psicoeducazione ad utenti e familiari, sulle modalità ottimali per effettuare attività in telemedicina e teleriabilitazione
- riorganizzare gli spazi dei servizi, gli orari degli operatori e i tempi e modi delle attività per garantire l'effettuazione di interventi in presenza in adeguata sicurezza (trage, distanziamento fisico, sanificazione e areazione degli ambienti ecc)

- definire linee di priorità per l'accesso agli interventi e per il relativo mix, sia in presenza che in telemedicina, e più in generale per la rimodulazione degli interventi sulla base delle risorse disponibili e della riduzione di tempi e spazi
- porre particolare attenzione al possibile verificarsi dei contagi e alle conseguenze sulla organizzazione delle attività, che dovranno poter essere rapidamente riorganizzate secondo le linee di priorità definite
- garantire efficaci comunicazioni tra tutti gli operatori e relazioni coordinate tra i diversi livelli e funzioni
- attivare e implementare la trasversalità tra i diversi servizi di NPIA e di riabilitazione, per garantire il continuo confronto e formazione rispetto alle nuove modalità di intervento, ma anche supporto reciproco con l'utenza ove si rendesse necessario.

1.1 Riorganizzazione dell'attività clinica in presenza

Gli interventi in presenza andranno riservati alle situazioni cliniche per le quali la gestione in telemedicina o teleriabilitazione non sia sufficiente e si renda indispensabile anche una valutazione e/o un intervento diretto. A puro titolo di esempio, oltre ovviamente alle situazioni di urgenza psichiatrica o neurologica, tutte le situazioni che richiedano l'esecuzione tempestiva dell'esame obiettivo, di interazione diretta o di esami strumentali per la valutazione di problemi clinici non differibili o di interventi indispensabili per evitare il peggioramento o per alleggerire un carico familiare divenuto insostenibile.

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 sostenere in sala d'attesa le persone, e di evitare la presenza contemporanea di troppi operatori.

La sala d'attesa deve essere riorganizzata onde consentire un adeguato distanziamento fisico, ed areata frequentemente. Vanno rimossi giochi e attrezzi presenti nelle aree comuni e che normalmente fungono da intrattenimento per i bambini. Vanno messi a disposizione degli utenti il gel mani e le mascherine monouso, e materiali e interventi psicoeducativi.

La comunicazione del giorno e dell'ora dell'appuntamento deve essere accompagnata dalla raccomandazione, con modalità calibrate per ciascuna famiglia, di rispettare gli orari, evitando sia di arrivare in anticipo sia di sostenere in sala d'attesa alla conclusione dell'intervento.

Andrà inoltre raccomandato di non portare giochi dal domicilio e comunque di limitarli ad uno ad esclusivo utilizzo del bambino stesso.

L'operatore durante le attività deve sempre utilizzare la **mascherina chirurgica**, che deve comunque essere tenuta costantemente sul viso in modo corretto, anche in assenza di utenti o negli incontri con altri operatori. Prima e dopo ciascun intervento deve essere effettuato il lavaggio delle mani, e per attività particolari valutata l'opportunità dell'utilizzo di guanti. I guanti devono essere sottoposti ad igienizzazione prima di venire rimossi e non sostituiscono comunque l'igiene delle mani.

Andrà attentamente valutato e ridefinito l'uso dei locali, per poter operare in sicurezza a seconda delle attività da effettuare.

Il materiale utilizzato dagli utenti all'interno degli studi e ambulatori dovrà essere sanificato prima di poter essere riutilizzato per altri pazienti. Va prestata la massima attenzione alla disinfezione di tutti gli oggetti che possono essere di uso condiviso, quali mouse, tastiere, pulsanti di accensione dei PC, braccioli di sedie, maniglie di cassetti e porte, superfici delle scrivanie, spazi attesa, pavimento (soprattutto nel caso di attività con bambini piccoli). Dai locali andranno tolti eventuali materiali non sanificabili (tappeti, giochi o materiali riabilitativi in tessuto etc..) reperendo spazi ove collocarli transitoriamente (cfr. Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 e nota del Ministero della Salute n°. 0017644-22/05/2020-DGPRA-MDS-P).

Le regole di sicurezza su procedure di accesso e interazione, distanza, protezioni devono essere chiaramente definite, condivise in anticipo telefonicamente con i familiari e gestite con gli utenti e i familiari attraverso materiali informativi appropriati ai livelli di comprensione e con interventi psicoeducativi.

L'uso della mascherina per l'utente dovrà essere valutato caso per caso, ed è opportuno costruire un percorso progressivo condiviso che consenta di cercare di ottenere la collaborazione dell'utente e la tolleranza dell'utilizzo almeno in alcune situazioni di maggiore rischio. Ciò può inoltre rappresentare un'occasione importante di intervento con i ragazzi e le famiglie nella direzione di una maggiore consapevolezza della situazione, di esplicitazione delle preoccupazioni e di protezione di sé e degli altri. Ove non sia possibile garantire il mantenimento delle distanze fisiche e l'uso delle mascherine da parte degli utenti e sia comunque non differibile l'effettuazione dell'intervento, sarà necessario valutare l'utilizzo di DPI maggiormente tutelanti (ad esempio occhiali/visiera, camice monouso o altro da valutarsi in base all'analisi del rischio).

Il giorno precedente all'appuntamento, va effettuato un approfondimento telefonico preventivo per individuare il livello di rischio, verificando la presenza di sintomi attuali o recenti (febbre, tosse, dispnea, anosmia, ageusia ecc) nel soggetto e nei genitori e in altri conviventi, l'eventuale esposizione a soggetti positivi e la tipologia di contatti negli ultimi giorni/settimane.

Al momento dell'accesso, è necessario rilevare la Temperatura Corporea di utente e accompagnatore.

Gli utenti/accompagnatori che presentano sintomi parainfluenzali (febbre oltre 37,5°C, tosse, rino faringo laringo tracheite, ecc.) devono tornare a casa.

Le attività ambulatoriali, semiresidenziali e domiciliari in presenza non dovranno essere effettuate in caso di positività COVID-19 o sospetto di positività COVID dell'utente o di contatti stretti, anche a seguito del triage telefonico. Andrà informato il Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale dell'utente o del familiare e attivate le strategie di approfondimento diagnostico e *contact tracing* appropriate d'intesa con ATS. Gli utenti dovranno essere riorientati in base al bisogno prioritario e le attività riorganizzate di conseguenza, utilizzando esclusivamente interventi di telemedicina o inviando in Pronto Soccorso le situazioni urgenti, previo preavviso e condivisione del percorso opportuno.

E' opportuno, date le caratteristiche di fragilità dell'utenza, che la sospetta positività SARS-CoV2 sia sempre approfondita con adeguati strumenti diagnostici, e che il monitoraggio di famiglie con soggetti con disturbi NPIA che risultino positive, soprattutto se sintomatiche, avvenga includendo tutte le necessarie attenzioni e supporti mirati anche dal punto di vista NPIA e psicosociale, non

ultimo ipotizzando in anticipo l'eventuale organizzazione logistica in caso di necessità di ospedalizzazione dei caregivers, in stretto contatto con ATS e gli Ambiti di riferimento.

1.2 Telemedicina e teleriabilitazione

L'attività di telemedicina e teleriabilitazione prosegue secondo le modalità precedentemente indicate.

In particolare, vengono mantenute per via telematica:

- le riunioni tra operatori (tranne particolari situazioni, purché con limitata numerosità dei partecipanti, con mascherina e adeguata distanza di sicurezza, in spazi ampi e ben areati)
- gli incontri con la scuola, i servizi sociali, le comunità terapeutiche ed educative, gli altri enti
- gli interventi di gruppo, salvo ove altrimenti definito

Per le restanti attività cliniche dirette e indirette, va valutato caso per caso e condiviso con i familiari e ove possibile l'utente. E' opportuno mantenere in telemedicina gli interventi che non richiedono necessariamente la presenza (ad esempio, raccolta anamnestica, aggiornamento clinico ecc) o per i quali non vi siano le necessarie situazioni di sicurezza (alcuni interventi riabilitativi che richiedono presenza ravvicinata e prolungata, gli interventi di gruppo), costruendo percorsi misti tra attività in presenza ed attività in remoto.

Dovranno essere prioritariamente tutelati gli utenti, i familiari e gli operatori che presentano condizioni di maggior rischio per la salute, per i quali le attività vanno preferibilmente mantenute in remoto e/o in smartworking. Va sempre posta particolare attenzione a minimizzare gli spostamenti prolungati con mezzi pubblici.

Lo smartworking degli operatori, compatibilmente con l'evolvere delle indicazioni nazionali e regionali, può proseguire compatibilmente con le linee di riorganizzazione delle attività che sono state definite, anche alternando giornate in SW e giornate in presenza. L'organizzazione dell'orario degli operatori deve prevedere la massima flessibilità, per conciliare le necessità lavorative e quelle relative all'accudimento dei figli o di componenti fragili della famiglia. Potrebbe ad esempio essere più vantaggioso che un operatore sia in servizio per una giornata lunga anziché far muovere nella stessa giornata più operatori su fasce orarie diverse.

1.3 Registrazione delle attività di telemedicina/teleriabilitazione

Tutte le attività andranno registrate nel diario clinico, con la medesima dicitura che avrebbe avuto la prestazione se fosse stata effettuata in presenza (colloquio clinico, seduta riabilitativa, psicoterapia, intervento educativo, gruppo educativo ecc ecc) indicando tra parentesi la modalità con cui è stata effettuata e il motivo, ad esempio *"effettuato via teleconferenza per emergenza COVID"*. Analogamente andranno registrate nei flussi informativi in uso con codice apposito, che sarà indicato successivamente.

2. ATTIVITÀ TERRITORIALI, DOMICILIARI E SEMIRESIDENZIALI

Le attività cliniche e assistenziali dei servizi territoriali di NPIA e di riabilitazione dell'età evolutiva hanno caratteristiche che possono renderne particolarmente complessa l'effettuazione con tutti gli elementi necessari per prevenire la diffusione del contagio. L'età, le caratteristiche cliniche degli utenti, la possibile imprevedibilità delle loro reazioni possono rendere difficile il mantenimento del distanziamento fisico e in molti casi interferire con la possibilità di utilizzo delle mascherine da parte di bambini e ragazzi; inoltre le specifiche modalità di esecuzione degli interventi possono richiedere vicinanza o contatto fisico e tempi prolungati.

Nell'ambito del progredire della fase 2 andrà quindi posta particolare attenzione a quali interventi in presenza possano essere riattivati in adeguata sicurezza, e quali richiedano invece modifiche significative delle modalità di esecuzione e/o l'utilizzo di DPI avanzati.

Per quanto riguarda le attività territoriali, anche gli interventi che erano già in prenotazione per il prossimo periodo andranno rivisti alla luce delle indicazioni generali descritte sopra, effettuando in presenza solo le attività indispensabili alla luce della situazione clinica dell'utente, ove non possano essere svolte in telemedicina e teleriabilitazione, e per le quali è possibile garantire adeguata sicurezza. Per ciascun utente andrà quindi aggiornato il Piano di Trattamento Individualizzato, secondo quanto già indicato per la fase 1, rimodulando ulteriormente obiettivi e azioni alla luce della situazione attuale, in modo partecipato con i care givers.

Potranno inoltre essere riavviati i percorsi di prima valutazione, applicando criteri di priorità definiti e trasversali, mantenendo adeguato mix con i percorsi di presa in carico attivi e compatibilmente con gli spazi e tempi disponibili. Le nuove richieste dovranno avvenire esclusivamente tramite Centro di Prenotazione interno al servizio di NPIA o riabilitazione, per consentire la raccolta delle informazioni indispensabili per la gestione per linee di priorità. Anche per le prime valutazioni andrà effettuato in telemedicina tutto quanto possibile (primo colloquio, raccolta anamnestica, osservazione del bambino nel suo contesto, questionari ai familiari, test per i quali è possibile la somministrazione da remoto ecc) e limitate le attività in presenza a quelle indispensabili (visita, eventualmente osservazione e interazione con l'utente che non possa essere svolta da remoto ecc), rimodulando progressivamente secondo l'andamento della pandemia.

Va inoltre posta particolare attenzione alla programmazione di possibili risposte integrate per le nuove richieste relative a bambini e ragazzi con problemi di salute mentale correlati all'emergenza COVID-19, incluso il disturbo post traumatico da stress.

Nelle situazioni con buona compliance dei genitori e con accessi ripetuti e frequenti, le modalità del triage telefonico prima di ogni accesso possono essere rimodulate in accordo con la famiglia.

Per quanto riguarda le attività domiciliari, esse possono essere effettuate ove indispensabile, in particolare per utenti con rilevanti difficoltà comportamentali e sovraccarico familiare, e richiedono le stesse precauzioni indicate per quelle ambulatoriali (filtro telefonico per la valutazione del livello di rischio COVID, adeguato livello di protezione per operatori e utenti, utilizzo di mascherina chirurgica, areazione degli ambienti ecc), a cui sono da aggiungere camice monouso e sovrascarpe. All'inizio e al termine dell'intervento sarà eseguita sempre l'igiene delle mani. In tutte le occasioni in cui è possibile, l'intervento domiciliare andrà svolto in spazi non ristretti o anche all'aperto, mantenendo le distanze prescritte e con l'utilizzo di DPI appropriati alla situazione.

Per quanto riguarda le attività semiresidenziali, proseguono le attività da remoto per gli utenti (individuali o di gruppo) e di supporto/training alle famiglie.

Per le situazioni nelle quali è necessario alla luce dei bisogni specifici emergenti ed in particolare a fronte di comportamenti problematici frequenti, non gestibili in famiglia e che hanno determinato eccessivo sovraccarico, in base a criteri definiti di priorità ed equifruibilità, è possibile riorganizzare in modo mirato attività in presenza, sia per poter alleggerire la relazione con i familiari sia per garantire la continuità e intensività degli interventi.

Rinviano all'Allegato A alla presente DGR ovvero a quanto indicato dalla DGR N° XI/3131 del 12/05/2020, si precisa che nella fase di ripartenza delle attività in presenza, esse dovranno essere effettuate prevalentemente in forma individuale, introducendo l'attività in piccolo gruppo (gruppi poco numerosi, in spazi ampi ed arieggiati, mantenendo il distanziamento di almeno 2 metri tra le persone e indossando mascherine chirurgiche) in una fase successiva in ragione dell'andamento epidemico del territorio di riferimento, sia all'interno degli spazi della struttura semiresidenziale che in primis all'esterno (ad es ortocultura, giardinaggio, ecc). Il passaggio ad attività individuali riduce il numero degli utenti ai quali è possibile garantire gli interventi, può quindi essere necessario prevedere che l'accesso avvenga in modo alternato, per consentire a un maggior numero di utenti in situazione di necessità di frequentare almeno alcune giornate o parti delle giornate, e alle famiglie un sollievo significativo.

Le attività semiresidenziali potranno essere effettuate anche con modalità domiciliari.

L'eventuale trasporto degli utenti deve essere riorganizzato in ragione della frequenza diversificata e minimizzando il numero di soggetti contemporaneamente presenti sui mezzi, con adeguato distanziamento e possibilmente mascherine previa rilevazione della temperatura corporea.

Per tutte le attività ambulatoriali, semiresidenziali e domiciliari devono essere date indicazioni su come poter contattare gli operatori di riferimento in caso di bisogno e sulle modalità di accesso per eventuali urgenze.

3. ATTIVITÀ RESIDENZIALI TERAPEUTICHE

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da virus SARS CoV-2 è necessaria la **massima attenzione nei confronti dei contesti residenziali terapeutici** per le peculiarità strutturali e organizzative che li caratterizzano.

Permangono pertanto le indicazioni del Comunicato 1567/CAV – “emergenza Coronavirus 2019 - 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” del Ministero della Salute del 23/04/2020.

In particolare:

- Va mantenuto e aggiornato il piano per l'isolamento e la gestione di eventuali utenti con sospetta o accertata infezione da SARS-CoV2
- Va mantenuto un attento monitoraggio dello stato di salute di utenti e operatori, inclusa la misurazione quotidiana della febbre

- Va evitato l'ingresso di nuovi pazienti o limitato ai casi non procrastinabili, e solo a fronte della possibilità di garantire spazi adeguati per l'eventuale necessità di isolamento. E' sempre necessaria, ed in particolare per utenti provenienti da strutture ospedaliere, l'esecuzione del tampone prima dell'inserimento. Va comunque verificata l'assenza di sintomi quali febbre e/o tosse e/ o problemi respiratori e/o dolori muscolari diffusi,cefalea, rinnorrea, faringodinia, congiuntivite, diarrea, vomito, ageusia, anosmia nei ragazzi e nei familiari e valutata la presenza di eventuali contatti a rischio nei 14 gg precedenti
- Per l'effettuati dei test sierologici a operatori e utenti si rimanda all'Allegato A alla presente DGR ovvero a quanto indicato dalla DGR N° XI/3131 del 12/05/2020.

L'accesso alle strutture residenziali da parte di familiari e conoscenti restano per ora sospesi, come i rientri a casa. Entrambi andranno rivalutati progressivamente nel tempo alla luce dell'andamento della epidemia, per situazioni specifiche e prioritarie e fatti salvi tutti i criteri di prevenzione del rischio di contagio, ad esempio dopo accurato approfondimento telefonico con i familiari relativamente a sintomi e possibili contatti, e con incontri all'aperto nei pressi della struttura. Andranno comunque garantiti e potenziati i contatti a distanza con i familiari e con le relazioni significative, tramite frequenti videochiamate o altre analoghe modalità.

Le attività di gruppo potranno essere effettuate in gruppi poco numerosi, in spazi ampi ed arieggiati, mantenendo il distanziamento tra le persone ed indossando mascherine chirurgiche. Dopo gli incontri le stanze vanno arieggiate e le superfici sanificate come da indicazioni specifiche.

Andrà reintrodotta progressivamente la possibilità di uscite all'esterno della struttura, in parchi, giardini o altre situazioni che consentano adeguato distanziamento, con modalità compatibili con le prescrizioni vigenti.

4. ATTIVITA' SPECIALISTICHE OSPEDALIERE

4.1 Attività ambulatoriale, di day service o day hospital

Per quanto riguarda l'attività ambulatoriale ospedaliera, di day service o day hospital valgono con le opportune integrazioni le indicazioni generali. In particolare:

- Tutte le famiglie dei pazienti già programmati per visite ambulatoriali, *day service o day hospital* devono essere contattate telefonicamente da un operatore sanitario di riferimento al fine di valutare le condizioni del paziente ed effettuare l'approfondimento preventivo.
- Anche l'attività ambulatoriale per le prime visite dovrà essere sottoposta a filtro preventivo, preferibilmente telefonico, per approfondire adeguatamente il problema e l'effettivo livello di necessità, nonché il livello di rischio COVID
- Verranno mantenute in telemedicina tutte le attività per le quali è possibile (es monitoraggio clinico, rimodulazione di terapia ecc)
- Per le attività di cui è indispensabile l'effettuazione in presenza, al momento dell'accesso, viene effettuato triage di ingresso in spazio specifico ad esso dedicato.

Al paziente e genitore viene:

- Consegnata mascherina chirurgica
- Rilevata temperatura
- Se non vi sono segni di infezione, si dà avvio alle procedure diagnostiche e terapeutiche programmate, con le eventuali precauzioni aggiuntive per le procedure che lo richiedono

Le attività in presenza devono essere progressivamente rimodulate in base all'andamento della pandemia e programmate secondo criteri di priorità, alla luce della riorganizzazione di spazi e tempi che è stata effettuata, come da DGR 3115 del 7/5/2020.

4.2 Degenza

Si richiama la DGR N° XI/3115 del 07/05/2020 ad oggetto: "Indirizzi per l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia da COVID-19" con particolare riferimento alle "Indicazioni per il ricovero ospedaliero" che, in caso di ricovero programmato per minore e un solo genitore, sono valide per entrambi. Le indicazioni valgono anche per i pazienti trasferiti da altra struttura.

- Devono essere progressivamente riavviate le attività di ricovero ordinario, sia in ambito neurologico che psichiatrico. Per quanto possibile e compatibilmente con le specifiche situazioni cliniche e con le indicazioni nazionali, devono essere rimandati i ricoveri di utenti provenienti da altre regioni.
- Le famiglie dei pazienti in lista di attesa devono essere contattate da un operatore sanitario di riferimento per verificare il livello di priorità del ricovero, concordare le modalità di monitoraggio e gestione da remoto delle condizioni del paziente e definire ove possibile una data di ammissione.
- Va sempre effettuato l'approfondimento relativo al rischio COVID su paziente, familiari, conviventi.
- Devono essere previste modalità per l'isolamento, la gestione, il trasferimento o il reinvio al domicilio di eventuali pazienti che dovessero risultare COVID+
- Va effettuata adeguata informazione agli utenti e ai familiari presenti in reparto relativamente al rispetto delle norme di prevenzione, promuovendo attivamente il frequente lavaggio delle mani, e le raccomandazioni devono essere esposte all'interno del reparto

Al momento del ricovero :

- viene effettuato triage avanzato di ingresso in spazio specifico ad esso dedicato
- paziente e genitore vengono sistemati in camera singola con uso dedicato di un bagno e non è consentita alcuna visita.

Al paziente e genitore viene:

- Consegnata mascherina chirurgica e istruzioni per l'adeguata igiene
- Rilevata temperatura e saturazione

- o Effettuata anamnesi mirata
- o Effettuati prelievi ematochimici e tampone nasofaringeo

Nell'approccio ad un paziente in stato di agitazione e/o con comportamenti aggressivi durante la degenza ospedaliera o in Pronto Soccorso è indicato un livello di protezione maggiore degli operatori con l'utilizzo maschere FFP2, camice monouso/grembiule monouso, guanti, occhiali di protezione/visiera e sovra scarpe. E' 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.

Sub-allegato B2

FASE 2 - INDICAZIONI OPERATIVE PER Sperimentazioni RIABILITAZIONE MINORI E CASE MANAGEMENT

1. INDICAZIONI GENERALI

Relativamente all'area disabilità si rinvia alla specifica DGR N° XI/3183 del 26/05/2020 ad oggetto "Art. 8 DPCM 26 aprile 2020 come modificato dall'Art. 9 del DPCM del 17 MAGGIO 2020: avvio fase due servizi semiresidenziali per persone con disabilità - (di concerto con l'Assessore Gallera)", nonché a quanto stabilito nell'allegato A alla presente DGR, con richiamo alle disposizioni ministeriali ivi indicate.

L'attività dei Servizi per la Disabilità si svolge a stretto contatto con gli utenti: il mantenimento di un adeguato distanziamento fisico e l'uso di mascherine da parte delle persone con disabilità può risultare molto difficile sia per le loro particolari caratteristiche sia per la tipologia di attività .

La riorganizzazione delle attività clinico-assistenziali deve quindi garantire contemporaneamente la massima continuità e supporto alle persone con disabilità e alle loro famiglie e il minimo rischio di diffusione del virus tra utenti, familiari e operatori, in linea con quanto previsto dal Comunicato 1567/CAV – “Emergenza Coronavirus 2019 - 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” del Ministero della Salute del 23/04/2020 e con il Rapporto ISS COVID-19 n 8/2020 “Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettuativa nell’attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2”, nonché dalle DGR 3114 e 3115 del 7/5/2020 di Regione Lombardia.

Ciascuna struttura deve predisporre e/o aggiornare un piano organizzativo di emergenza che tenga conto della necessità di:

- individuare un Referente per SARS_CoV_2 con il compito di curare l'adozione dei protocolli di sicurezza, monitorarne l'attuazione, rilevare eventuali criticità, fornire tutte le informazioni a operatori, familiari di persone con disabilità, soggetti esterni, curare le comunicazioni con l'ATS di riferimento;
- formare, addestrare e periodicamente aggiornare gli operatori sull'evolvere della pandemia, sulle precauzioni igieniche da adottare per le attività in presenza, sull'uso corretto dei DPI, sulla psicoeducazione ad utenti e familiari, sulle modalità ottimali per effettuare attività in remoto;
- riorganizzare gli spazi dei Servizi, gli orari degli operatori e i tempi e modi delle attività per garantire l'effettuazione di interventi in presenza in adeguata sicurezza (triage, distanziamento fisico, disinfezione e areazione degli ambienti);
- definire linee di priorità per l'accesso agli interventi e per il relativo mix, sia in presenza che in remoto o a domicilio, e più in generale per la rimodulazione degli interventi sulla base delle risorse disponibili e della riduzione di tempi e spazi;
- porre particolare attenzione al possibile verificarsi dei contagi e alle conseguenze sulla organizzazione delle attività, che dovranno poter essere rapidamente riorganizzate secondo le linee di priorità definite;

- garantire efficaci comunicazioni tra tutti gli operatori e relazioni coordinate tra i diversi livelli e funzioni;
- garantire efficace comunicazione a operatori, utenti, familiari ed altri stakeholders delle misure adottate e delle loro motivazioni.

L'uso della mascherina per l'utente dovrà essere valutato caso per caso ed è opportuno costruire un percorso progressivo condiviso che consenta di ottenere la collaborazione dell'utente e la tolleranza dell'utilizzo almeno in alcune situazioni di maggiore rischio. Ciò può inoltre rappresentare un'occasione importante di intervento con i ragazzi e le famiglie nella direzione di una maggiore consapevolezza della situazione, di esplicitazione delle preoccupazioni e di protezione di sé e degli altri. Ove non sia possibile garantire il mantenimento delle distanze fisiche e l'uso delle mascherine da parte degli utenti e sia comunque non differibile l'effettuazione dell'intervento, sarà necessario valutare l'utilizzo di DPI maggiormente tutelanti (ad esempio occhiali/visiera, camice monouso o altro da valutarsi in base all'analisi del rischio).

Le attività ambulatoriali, semiresidenziali e domiciliari in presenza non dovranno essere effettuate in caso di positività COVID-19 o sospetto di positività COVID dell'utente o di contatti stretti. Andrà informato il PDLS o il MMG dell'utente o del familiare e attivate con le ATS le strategie di approfondimento diagnostico e *contact tracing* appropriate.

Gli utenti dovranno essere riorientati in base al bisogno prioritario e le attività riorganizzate di conseguenza, effettuando solo interventi di telemedicina o inviando previo preavviso in PS.

Particolare attenzione deve essere posta alla semi residenzialità perché 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.

Rinviano all'Allegato A alla presente DGR ovvero a quanto indicato dalla DGR N° XI/3131 del 12/05/2020, è opportuno, date le caratteristiche di fragilità dell'utenza, che la sospetta positività SARS-CoV2 sia sempre approfondita con adeguati strumenti diagnostici e che il monitoraggio delle famiglie che risultino positive, soprattutto se sintomatiche, avvenga includendo tutte le necessarie attenzioni e supporti mirati, non ultimo ipotizzando in anticipo l'eventuale organizzazione logistica in caso di necessità di ospedalizzazione dei caregivers.

Per tutte le attività ambulatoriali, semiresidenziali e domiciliari devono essere date indicazioni su come poter contattare gli operatori di riferimento in caso di bisogno.

In caso di particolare necessità e compatibilmente con gli spazi e tempi disponibili in attuazione del piano, potranno essere riavviati i percorsi di valutazione per **nuovi inserimenti**.

La fase di valutazione andrà effettuata il più possibile in remoto e andranno seguite le indicazioni per la definizione del Progetto e piano di assistenza temporaneo nell'emergenza COVID.

La gestione di nuovi inserimenti sarà rimodulata progressivamente secondo l'andamento della pandemia.

2. PROGETTI SperimentALI RIA AMBULATORIALI E DIURNI E CASE MANAGEMENT

Nella prima fase dell'epidemia la continuità degli interventi delle due sperimentazioni da parte degli Enti titolari è stata assicurata con modalità assimilate a quelle previste per i CDD per le

sperimentazioni Ria Diurne (in remoto/domiciliari) ed a quelle previste per gli ambulatori per le RIA ambulatoriali nonché per il Case Management (in remoto).

Anche per tale ambito, nella fase 2, appare necessario il consolidamento, da un lato, delle attività da remoto e dall'altro il potenziamento progressivo delle attività in presenza in base all'andamento epidemico del territorio di riferimento, prestando quindi la massima attenzione a che esse siano organizzate in modo da limitare il rischio di diffusione del virus SARS-CoV2 e allo stesso tempo garantendo la maggior intensità possibile dei sostegni agli utenti e alle famiglie.

In considerazione della tipologia di beneficiari e della finalità di tali sperimentazioni, in linea di continuità con quanto previsto dalla DGR delle Regole anno 2020 in ordine all'inserimento dei modelli di intervento sostenuti dalle stesse all'interno della rete dell'offerta sociosanitaria, l'impostazione della Fase 2 non può che inserirsi nel percorso sopra delineato per i CDD.

L'assetto istituzionale in cui si collocano le sperimentazioni, nelle diverse formule previste dai singoli progetti, prevede infatti la compresenza di più attori, ed in particolare ATS, ASST ed Ente attuatore, ma anche Ente locale e Terzo Settore.

Le necessarie rivisitazioni organizzative dovranno pertanto vedere il coinvolgimento di tutti gli interlocutori, rinnovandosi per quest'ambito la sfida di riavviare i servizi erogati nell'ottica di sostenere la continuità assistenziale a tutte le persone con modalità diversificate ed innovative, per compensare le limitazioni di tempi e spazi conseguenti alle strategie di contenimento dell'epidemia.

2.1 Sperimentazioni Ria in regime diurno: ridefinizione dell'assetto organizzativo

Particolare attenzione deve essere data al ravvio delle attività delle sperimentazioni in regime diurno perché rappresentano, 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.

Ciascun Ente redigerà il **piano organizzativo di emergenza**, in raccordo con tutti gli interlocutori, da sottoporre all'approvazione di ATS che dovrà includere, oltre a quanto sopra indicato, il dettaglio relativo a:

- descrizione delle attività che verranno erogate in presenza presso la struttura, presso il domicilio e in remoto;
- descrizione delle attività che potranno essere effettuate all'esterno e della loro riorganizzazione;
- definizione dei criteri di priorità per l'accesso agli interventi in presenza, e più in generale per la rimodulazione degli interventi e del mix tra interventi in presenza, interventi domiciliari e interventi in remoto;
- definizione delle linee operative e della tempistica per il riavvio delle attività e delle modalità di raccordo tra tutti gli Enti coinvolti, anche attraverso la redazione di protocolli;
- indicazione delle modalità atte a esplicitare le modifiche della quota alberghiera, laddove prevista, in ragione della variazione dei servizi offerti (ad es pasti).

La riorganizzazione delle attività progettuali in regime diurno dovrà assicurare:

- mantenimento e consolidamento delle modalità alternative introdotte in fase 1;
- interventi da remoto, per gli utenti (individuali o di gruppo) e di supporto/training alle famiglie;

- interventi domiciliari mirati (ove possibili e opportuni);
- accesso alla struttura in modo scaglionato distribuito nell’arco dell’orario di apertura;
- distanziamento tra le persone, limitando e individuando il numero di presenze contemporanee per attività individuali o, laddove esistenti, la possibilità di accesso a spazi aperti;
- gestione dei pasti con individuazione delle modalità in sicurezza;
- riorganizzazione delle attività di trasporto in ragione della frequenza diversificata degli utenti, minimizzando il numero di soggetti contemporaneamente presenti sui mezzi, con adeguato distanziamento e possibilmente mascherine;
- definizione chiara delle regole di sicurezza su procedure di accesso e interazione, distanza, protezioni e loro condivisione telefonica con i familiari prima dell’avvio delle attività e gestione con gli utenti attraverso materiali informativi appropriati ai livelli di comprensione e con interventi psicoeducativi mirati.

2.2 Sperimentazioni Ria in regime ambulatoriale e Case Management: ridefinizione dell’assetto organizzativo

Gli interventi in presenza andranno riservati alle situazioni per le quali la gestione in remoto non sia sufficiente e si renda indispensabile un intervento diretto.

Ciascun Ente redigerà il **piano organizzativo di emergenza**, in raccordo con tutti gli interlocutori, che dovrà includere, oltre a quanto sopra indicato, il dettaglio relativo a:

- descrizione delle attività che verranno erogate in presenza presso la struttura, presso il domicilio e in remoto;
- descrizione delle attività che potranno essere effettuate all’esterno e della loro riorganizzazione;
- definizione dei criteri di priorità per l’accesso agli interventi in presenza, e più in generale per la rimodulazione degli interventi e del mix tra interventi in presenza, interventi domiciliari e interventi in remoto;
- definizione delle linee operative e della tempistica per il riavvio delle attività e delle modalità di raccordo tra tutti gli Enti coinvolti, anche attraverso la redazione di protocolli.

Nello specifico per le Sperimentazioni Case Management, laddove non vengano previsti interventi in presenza, il piano dovrà esplicitare espressamente tale condizione e contenere unicamente le parti relative alle misure di protezione degli operatori ed alla sanificazione dei luoghi di lavoro.

2.3 Ridefinizione dei progetti e programmi di intervento individuali

Per tutte le persone che usufruivano di interventi erogati dalle Sperimentazioni prima dell’inizio dell’emergenza e che alla data del riavvio risultano ancora inserite, indipendentemente dal fatto che abbiano o meno usufruito di servizi nella fase precedente, andrà effettuata una **ridefinizione del progetto individualizzato**, in integrazione con tutti gli Enti coinvolti, che tenga conto sia dei bisogni della persona che delle risorse/necessità della famiglia, e dei livelli del rischio. Ove le famiglie preferiscano le attività a distanza, tale scelta è da privilegiare e non può di per sé essere motivo di esclusione dalle attività in presenza in fasi successive.

Il progetto andrà condiviso con i familiari e con l’utente.

La definizione del **“progetto di assistenza temporaneo nell’emergenza COVID”** per i singoli beneficiari costituisce pertanto l’esito di un lavoro di co-progettazione, fondato su una visione unitaria di tutti i servizi attivati e/o attivabili in favore degli stessi, con il coinvolgimento e la condivisione della famiglia/care giver.

Nel progetto dovranno essere declinati:

- gli obiettivi dell’intervento, le modalità di “frequenza” individuate per questa prima fase di riavvio e il loro mix (in sede/domiciliari/da remoto);
- la programmazione settimanale delle modalità individuate;
- la definizione delle specifiche modalità per la gestione del rischio COVID possibili per quell’utente e le attività psicoeductive opportune.

2.4 Registrazione delle attività

Tutte le attività andranno registrate nella documentazione individuale, con le modalità fino ad ora adottate, inserendo per le attività svolte in remoto la specifica della modalità con cui sono state effettuate e per quelle effettuate a domicilio la durata dell’accesso

Analoga registrazione avverrà nei flussi informativi che sono stati già adeguati all’uopo (**vedasi anche quanto indicato nell’allegato 3 alla DGR N° XI/3016 del 30/03/2020, in riferimento alle modalità di “intervento in regime COVID-19”**).

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’onda 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 giovarsi 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 (litti, 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 idroalcooliche 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, psicoeductive 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 Forese.

- 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 idroalcooliche 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 famigliari, 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 dei 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.

Sub-allegato B4

FASE 2 - SERVIZI DIPENDENZE

Le trasformazioni relative ai rapporti sociali ed aggregativi, agli spostamenti, alle possibilità di studio e lavoro, alle modalità ricreative, obbligheranno tutta la popolazione ad un cambiamento complessivo degli stili di vita che non ha precedenti nella società contemporanea e questo potrà incidere sulla salute e sulla patologia delle persone che manifestano Disturbi da Uso di Sostanze o che utilizzano sostanze psicotrope a scopo non terapeutico.

Tutto ciò significa che, a differenza di altri settori, la programmazione e l'organizzazione della attività dei Servizi Dipendenze dovrà tener conto non solo dell'andamento della epidemia da Covid-19 e delle ricadute sulle situazioni patologiche dei pazienti normalmente assistiti, ma anche di conseguenze che sono legate a variabili esterne riguardanti i consumi, le possibili mutazioni dei mercati, la circolazione di nuove sostanze, la nascita e la diffusione di comportamenti additivi differenti, lo shifting tra tipologie diverse di addiction.

1. INDICAZIONI OPERATIVE GENERALI

Nella cosiddetta FASE 2 dell'epidemia da COVID 19 devono essere osservate e mantenute tutte le indicazioni ed i comportamenti che sostengono :

- **l'accesso alle strutture delle persone in modo regolamentato**
- **il distanziamento sociale .**

In particolare restano valide le seguenti **raccomandazioni**:

Lavarsi spesso le mani: Il lavaggio e la disinfezione delle mani sono decisivi per prevenire l'infezione. Le mani vanno lavate con acqua e sapone per almeno 20 secondi. Se non sono disponibili acqua e sapone, è possibile utilizzare anche un disinfettante per mani a base di alcol.

Evitare il contatto ravvicinato con persone che soffrono di infezioni respiratorie acute: Mantenere almeno un metro di distanza dalle altre persone, in particolare quando hanno la febbre o manifestano sintomi respiratori in quanto il virus è contenuto nelle goccioline di saliva e può essere trasmesso a distanza ravvicinata.

Non toccare occhi, naso e bocca con le mani: Il virus si trasmette principalmente per via respiratoria, ma può entrare nell'organismo anche attraverso gli occhi, il naso e la bocca, quindi va evitato ogni contatto con le mani non ben lavate.

Coprire bocca e naso se si starnutisce o tossisce: se si ha un'infezione respiratoria acuta, vanno evitati contatti ravvicinati con le altre persone, bisogna tossire all'interno del gomito o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, indossare una mascherina e lavarsi le mani.

Pulire le superfici con disinfettanti a base di cloro o alcol (cfr. Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 e nota del Ministero della Salute n°. 0017644-22/05/2020-DGPRA-MDS-P) .

Misure di sicurezza per il contenimento dell'infezione e per la tutela della salute degli operatori e dei pazienti/Piano di emergenza

L'avvio della Fase 2 non può prescindere dal mantenimento delle misure di precauzione a tutela della sicurezza dei lavoratori e dei pazienti: al di là delle indicazioni generali sopracitate è fondamentale una valutazione specifica del contesto lavorativo delle sedi SERD/SMI e delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali.

Ciascuna Struttura (Ambulatoriale, Semiresidenziale o Residenziale) dovrà predisporre e/o aggiornare un **piano organizzativo di emergenza** che tenga conto della necessità di:

- **formare e periodicamente aggiornare gli operatori** sull'evolvere della pandemia, sulle precauzioni igieniche da adottare per le attività in presenza, sull'uso corretto dei DPI, sulla psicoeducazione ad utenti e familiari, sulle modalità ottimali per effettuare attività in telemedicina e teleriabilitazione
- **riorganizzare gli spazi dei servizi, gli orari degli operatori e i tempi e modi delle attività** per garantire l'effettuazione di interventi in presenza in adeguata sicurezza (trage, distanziamento fisico, sanificazione e areazione degli ambienti ecc)
- **definire linee di priorità per l'accesso agli interventi** e per il relativo mix, sia in presenza che in telemedicina, e più in generale per la rimodulazione degli interventi sulla base delle risorse disponibili e della riduzione di tempi e spazi
- **porre particolare attenzione al possibile incremento dei contagi** e alle sue conseguenze negative sulla organizzazione delle attività, che dovranno poter essere rapidamente riorganizzate secondo le linee di priorità definite
- **garantire efficaci comunicazioni** tra tutti gli operatori e relazioni coordinate tra i diversi livelli e funzioni
- **attivare e implementare la trasversalità tra i diversi servizi** per garantire il continuo confronto e formazione rispetto alle nuove modalità di intervento, ma anche supporto reciproco con l'utenza ove si rendesse necessario.

2. SERVIZI AMBULATORIALI: Servizi per le Dipendenze (SerD) e Servizi Multidisciplinari Integrati (SMI)

Le attività territoriali - nella prima fase rivolte principalmente alle situazioni di pazienti in terapia farmacologica sostitutiva e alle situazioni di gravità e urgenza - saranno 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, 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.

Medesima strumentazione e possibilità di intervento dovranno essere messe a disposizione da parte dei Servizi Privati Accreditati e Contrattati.

Lo svolgimento delle attività dei SerD/SMI deve comunque essere coerente con le indicazioni più generali sulla erogazione delle attività ambulatoriali delle ASST/ATS.

Azioni /Attività

-Gli operatori dei SerD/SMI 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 idonea** nei prossimi mesi, alla luce della situazione epidemica.

Per ciascun paziente in carico, devono essere ridefinite la tipologia di prestazione ed in relazione alla diagnosi, la frequenza e la modalità di erogazione.

E' opportuno, con attenzione e gradualità, ristabilire un approccio clinico integrato ai casi da trattare, considerando completezza e frequenza necessaria delle prestazioni erogate.

Vanno identificati i pazienti che potrebbero giovarsi di contatti telefonici o tramite videochiamate, quelli che necessitano di un programma intensivo (quali i giovani con Disturbo da Uso di Sostanze all'esordio o i soggetti portatori di particolari fragilità) e coloro i quali, pur essendo stabilizzati dal punto di vista clinico, necessitano ancora di una continuità della cura.

-E' da prevedere nei prossimi mesi un **incremento significativo dei pazienti con Disturbo da Uso di sostanze**, pazienti non precedentemente in carico ai Servizi per le Dipendenze ma con un disturbo legato direttamente all'epidemia (lutto, esperienza di malattia sia da ricoverati che al domicilio, difficoltà socio-economiche, timore di ammalarsi ecc).

Una **presa in carico precoce** di tali pazienti favorirebbe una rapida risoluzione del disturbo, evitandone la cronicizzazione: perché questo avvenga, da un lato è necessario un intervento clinico mirato e integrato e dall'altro un percorso di trattamento intensivo, ma contenuto nel numero di contatti, che eviti una presa in carico a lungo termine.

Un punto qualificante è rappresentato da un'interazione forte con i Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e con i Servizi della Psichiatria

Attività ambulatoriali

Di seguito si riportano le **principalì attività** dei Servizi Ambulatoriali in relazione alla FASE 2:

- 1) Front Office/Accoglienza:** l'accesso al servizio dev'essere garantito di persona contingentando l'afflusso dei pazienti in modo da assicurare la distanza con gli operatori e fra gli stessi pazienti (almeno un metro) e in modo da non creare sovraffollamenti.
Andranno incentivate le modalità di richiesta di appuntamenti per via telefonica o tramite e-mail.
- 2) Triage :** è indispensabile garantire la possibilità di valutazione clinica immediata da parte di un professionista (medico, infermiere, psicologo, assistente sociale, educatore) che sia in grado, attraverso una griglia di lettura condivisa, di decodificare la domanda e predisporre il percorso di valutazione più congruo alla situazione clinica.
Dev'essere garantito l'accesso al triage entro una settimana dalla richiesta.
Vanno ipotizzate e sperimentate anche modalità di triage in telemedicina.
- 3) Attività clinica programmata:**
 - a. **Attività ambulatoriale medica, infermieristica, psicologica, sociale ed educativa**

- b. Attività di controllo tossicologico (prelievo della matrice cheratinica/campioni urinari)
- c. Attività di prelievo ematico (per i Servizi in cui è prevista tale funzione)

Le attività andranno garantite sempre su appuntamento, in una programmazione complessiva degli stessi in modo che siano congruenti alle dimensioni del servizio, alla numerosità dei locali e al numero di operatori presenti.

L'obiettivo principale è quello di evitare il sovraffollamento di pazienti ed operatori.

Vanno incentivate tutte le modalità di contatto con il paziente sia telefoniche che attraverso sistemi di telemedicina.

Ambulatorio delle terapie farmacologiche.

Le terapie farmacologiche, in particolare quelle con farmaci agonisti, sono essenziali e sono sempre state garantite.

Occorre rivalutare l'affidamento dei farmaci sulla base di una valutazione dei rischi/benefici alla luce di quanto è avvenuto nella FASE 1, in cui si è cercato di allungare per quanto possibile e consentito, i tempi dell'affido.

L'accesso alla somministrazione va programmato in modo tale da garantire la presenza di un paziente per operatore addetto.

L'ambulatorio deve avere spazi idonei ad assicurare il distanziamento di almeno un metro fra i pazienti, fra gli operatori e fra pazienti/operatori.

I farmaci vanno trattati utilizzando mascherina e guanti.

Attività di monitoraggio tossicologico.

L'attività di monitoraggio deve essere attentamente valutata, dando preferenza all'utilizzo degli esami su matrice cheratinica: nel monitoraggio di pazienti in terapia cronica va considerato favorevolmente l'utilizzo delle indagini su tale matrice anziché quella urinaria, compatibilmente con la condivisione con il paziente.

La prescrizione degli accertamenti è effettuata in ogni caso dal medico referente del caso, considerando che l'esecuzione degli esami su matrice urinaria non è del tutto sovrapponibile a quella cheratinica.

Si richiama la massima attenzione alla sicurezza della procedura indicata nel documento.

Screening e Follow up HIV – HCV – MTS

Vanno riavviate le attività di screening e follow up delle patologie infettive.

Nei servizi dove esiste attività di prelievo, andranno garantite le misure di sicurezza adeguate descritte nel documento e andrà programmata l'attività su appuntamento in modo da non creare sovraffollamento degli spazi di attesa.

Nei Servizi dove non vengono effettuati i prelievi andrà incentivata l'effettuazione dei test rapidi almeno su HIV e HCV.

- 4) Gruppi terapeutici:** le attività di gruppo vanno riprese solo se le condizioni logistiche lo permettono e con estrema gradualità.

Per svolgere questa specifica attività è indispensabile che vengano garantite alcune condizioni:

- a. disposizioni per l'accesso dei pazienti (misurazione TC, igienizzazione delle mani, uso mascherina indossata)
- b. Distanza minima fra tutti i partecipanti di almeno due metri

c. Disponibilità di sedie igienizzabili (plastica)
Areazione dell'ambiente prima e dopo la seduta.

- 5) **Visite domiciliari:** Vanno assicurate nei casi di assoluta necessità, per garantire continuità terapeutica, assistenziale e supporto ai bisogni primari, nei casi in cui la persona sia impossibilitata ad uscire. Preliminariamente il personale sanitario preposto deve verificare le condizioni di salute attraverso un breve triage telefonico relativo alla persona ed ai conviventi, fissare l'orario di appuntamento, fornire istruzioni sulle precauzioni standard da mantenere durante la visita, dotarsi dei DPI adeguati al setting, allo stato di salute della persona ed alle prestazioni da erogare.
- 6) **Prestazioni riabilitative e di supporto sociale:** vanno individuate e monitorate le persone con problematiche di dipendenza maggiormente isolate e vulnerabili, che richiedono sostegno ed assistenza regolare nel tempo, per programmare contatti telefonici più frequenti, colloqui e/o visite domiciliari; andranno assicurati i servizi di supporto socio educativo agli utenti con maggior fragilità e garantito sostegno per la tutela dei bisogni primari, attraverso interventi domiciliari e attività di segretariato sociale e di rete, in collaborazione con i Servizi Sociali Comunali, gli Enti e le Associazioni
- 7) **Attività di prevenzione:** rimane sospesa qualunque attività esterna.
E' opportuno predisporre ipotesi di lavoro, compatibili con la sicurezza, da attivare nel momento dell'apertura delle scuole e dei locali del divertimento.
- 8) **Riunioni d'équipe, riunioni tra Servizi e valutazioni multidisciplinari:** le riunioni devono rispettare le modalità di distanziamento e l'uso dei dispositivi.
Eventuali riunioni con personale esterno al Servizio vanno svolte con modalità web/telefono
- 9) **Attività di riduzione del danno:** l'attività non è in generale stata interrotta e, dove lo fosse, deve essere ripresa utilizzando tutte le misure precauzionali del caso.
Va prevista la sanificazione delle Unità Mobili, la presenza di tutti i presidi e il materiale necessario per la disinfezione.
Si sottolinea come l'attività di riduzione del danno stia svolgendo in questo periodo – al di là dei suoi compiti tradizionali – una fondamentale azione di informazione dei pazienti rispetto alla patologia, ai sintomi da considerare e alle misure precauzionali. Tale funzione è importantissima in quanto rivolta a una fascia della popolazione che segue poco i tradizionali canali di comunicazione
- 10) **Programmi in regime di misura alternativa ex DPR 309/90**
Al di là della tradizionale attività dei Servizi in riferimento a misure e benefici di legge, si è ritenuto – nel particolare momento dell'epidemia – di dare indicazioni specifiche, in particolare in relazione ai programmi domiciliari.
Si richiama in proposito il Documento emanato da Regione Lombardia e redatto dal Coordinamento dei Direttori Serd, dopo alcuni incontri con le Presidenti dei Tribunali di Sorveglianza di Milano e Brescia, (Nota Prot. G1.2020.0016542 del 10/04/2020 "Indicazioni operative relative alla formulazione di Programmi Terapeutici domiciliari, in applicazione

provvisoria, in favore di detenuti con dipendenza patologica da sostanze ai sensi del D.P.R. 309/90 e s.m.i., considerato anche il Decreto Legge 17 marzo 2020 n. 18 , in relazione alla gestione dell'emergenza sanitaria relativa al COVID 19”)

11) Inserimento in Strutture Residenziali /Semiresidenziali: si rimanda all'allegato A di questa DGR.

Per quanto riguarda le **Strutture Semiresidenziali**, durante la FASE 1 l'erogazione delle prestazioni è stata sospesa , come da indicazioni nazionali e regionali, ad eccezione di qualche attività rivolta a singoli pazienti. Nella FASE 2 le attività potranno essere gradualmente riprese con estrema cautela, secondo le indicazioni evidenziate nello specifico paragrafo.

12) Pazienti in strutture residenziali: va incentivato il monitoraggio trimestrale attraverso l'utilizzo di strumenti di web conference che permettono l'incontro con il paziente e gli operatori della struttura.

I pazienti in trattamento farmacologico inseriti in comunità dovranno essere rivalutati dal medico di riferimento almeno trimestralmente.

MISURE IGIENICO SANITARIE

Le misure igienico sanitarie sotto dettagliate sono **indispensabili** per tutti gli Ambulatori

Nelle Strutture devono essere sempre disponibili i seguenti **materiali**:

- a. sapone liquido/soluzione alcolica per l'igiene delle mani
- b. DPI per gli operatori sanitari: mascherina chirurgica, guanti, camice monouso impermeabile a manica lunga/camice in TNT, occhiali/visiera (da indossare in base all'attività che si prevede di svolgere e riutilizzabili previa sanificazione con prodotto a base di cloro)
- c. prodotto per sanificazione a base di cloro o alcol (cfr. Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 e nota del Ministero della Salute n°. 0017644-22/05/2020-DGPRA-MDS-P).

In sala d'attesa:

- assicurare la presenza della soluzione alcolica per l'igiene delle mani degli utenti presenti
- far mantenere la distanza di almeno due metri agli utenti presenti
- autorizzare la presenza solo gli accompagnatori di utenti non autosufficienti/minori/disabili
- se l'utente e il suo eventuale accompagnatore indossano guanti, invitare a rimuoverli e a procedere all'idonea igienizzazione delle mani con soluzione alcolica (il preposto per l'attuazione di tale aspetto è l'operatore che riceve il paziente)
- se l'utente e il suo eventuale accompagnatore indossano da casa una mascherina chirurgica o un filtro facciale dovranno essere mantenuti
- se l'utente e il suo accompagnatore sono sprovvisti di mascherina chirurgica questa verrà fornita dall'operatore al momento dell'accesso nell'ambulatorio
- non devono essere presenti giornali, opuscoli o altro materiale che, precedentemente all'epidemia, veniva messo a disposizione per intrattenimento o consultazione

Prima dell'accesso agli ambulatori/studi

- Va chiesto al paziente se ha sintomi (febbre, tosse, raffreddore ...)
- Va rilevata la temperatura con thermo-scanner
 - Se il paziente presenta TC $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ va rimandato a casa con l'indicazione di avvisare il MMG e di rimanere in isolamento domiciliare assoluto; va effettuato un counselling sulle misure preventive da adottare.

In ambulatorio:

- l'utente entra nel locale dedicato alla visita, deposita i propri indumenti e accessori su una sedia dedicata
- nel locale della visita possono entrare solo gli accompagnatori di utenti non autosufficienti/minori/disabili
- va riservata una parte della scrivania per la documentazione sanitaria dell'utente oppure va dedicato uno spazio differenziato
- va predisposto e organizzato il materiale necessario alla visita/medicazione su un carrello /vassoio al fine di evitare la contaminazione del materiale presente sul carrello principale
- gli operatori sanitari indossano gli idonei DPI previsti per la specifica attività e si preoccupano dell'igienizzazione delle mani prima e dopo ciascun colloquio/visita/incontro
- i DPI dovranno essere sostituiti se imbrattati o inumiditi, ad esclusione dei guanti che devono essere comunque rimossi alla fine di ogni visita e sostituiti previa igiene mani.
- gli occhiali/visiera sono riutilizzabili previa sanificazione con prodotto a base di cloro –
- effettuare accurata igiene delle mani.
- prestare quindi attenzione a non contaminare il materiale e le superfici sanitarie, la tastiera del computer, il mouse, il telefono

DPI da prevedere per singole attività

1. Somministrazione delle terapie orali
 - a. Mascherina chirurgica e guanti per la somministrazione dei farmaci
2. Raccolta campioni matrice cheratinica: prevedendo il contatto stretto con il paziente l'infermiere indosserà guanti, visiera/occhiali, camice monouso, cuffia per capelli avendo cura di effettuare la parte "sporca" con dispositivi che verranno poi tolti per la parte "pulita", (registrazione, compilazione di moduli, scrittura a PC etc...) e provvedendo alla igienizzazione delle mani
Tali prelievi vanno privilegiati rispetto a quelli su campioni urinari
3. Raccolta campioni urinari
 - a. Se disponibilità di più operatori, uno rimane in area "pulita" (registrazione dati in cartella, stampa etichette con la sola mascherina chirurgica) e uno si occupa della parte "sporca" (manipolazione delle provette)
 - b. DPI da prevedere sono guanti, camice monouso, cuffia. Se l'operatore è unico la parte "sporca" va differenziata da quella "pulita" cambiando i guanti e provvedendo alla igienizzazione delle mani.

4. Prelievi ematici: medesime precauzioni del punto 2
5. Visita medica: mascherina chirurgica e guanti se paziente asintomatico. Se sintomatico vanno aggiunti camice monouso, occhiali/visiera
6. Colloquio senza visita: mascherina chirurgica

Al termine di ogni visita/colloquio

- sanificare con specifici prodotti tutte le superfici che sono entrate in contatto con l'utente: lettino, scrivania, sedia, ecc.
- areare l'ambiente

Al termine dell'attività ambulatoriale si provvede a

- smaltire la mascherina chirurgica nei contenitori a rischio infettivo
- sanificare le superfici, con particolare attenzione al carrello delle medicazioni
- smaltire nel contenitore destinato ai rifiuti a rischio infettivo tutti il materiale e i presidi monouso che sono stati utilizzati durante l'attività ambulatoriale
- rimuovere i DPI, ad esclusione della mascherina chirurgica, e igienizzare le mani
- indossare nuovi guanti e sanificare gli occhiali/visiera utilizzati con specifici prodotti
- chiudere il contenitore destinato ai rifiuti a rischio infettivo, rimuovere i guanti, igienizzare le mani, rimuovere la mascherina, igienizzare nuovamente le mani.

3. CENTRI DIURNI/SEMIRESIDENZIALITÀ'

Le attività delle Strutture Semiresidenziali vanno gradualmente e con grande prudenza 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.

1. Valgono **tutte le misure riferite ai Servizi Ambulatoriali**: misurazione della temperatura dei pazienti nella zona filtro all'ingresso della Struttura , sorveglianza sanitaria degli operatori, 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.
2. I **programmi** dei pazienti in trattamento nel Centro Diurno vanno rivalutati alla luce dei bisogni clinici e psicosociali attuali e all'effettiva necessità della frequenza.
3. La **riduzione del numero di pazienti presenti contemporaneamente** è favorita dallo scaglionamento dei pazienti in due turni, preferendo semiresidenzialità inferiori a 4 ore.

Vanno evitati programmi riabilitativi per gruppi numerosi in ambienti ristretti.

4. 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

Le Strutture Residenziali dovranno, gradualmente e con estrema prudenza, riprendere la programmazione dei nuovi ingressi, limitati nella fase 1 alle situazioni di eccezionalità.

Devono essere poste in atto 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.

Il rallentamento inevitabile degli ingressi in Struttura andrà associato alla definizione di criteri di priorità di accesso (grave conflittualità familiare, pazienti senza fissa dimora, etc.)

- Va identificato un **referente per la prevenzione e controllo** delle infezioni correlate a COVID-19 che garantisca 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.
- Devono essere presenti sempre all'interno di locali un **dispenser di soluzioni idroalcooliche** 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 quotidiana della temperatura corporea e della presenza di possibili sintomi COVID-19. Tali dati vanno tracciati.
- 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 materiali vari, laddove presente.

Per quanto riguarda le **nuove ammissioni**:

- **Colloqui di accoglienza:** in prima istanza andranno effettuati con modalità di web conference con i servizi invianti ed il paziente.
Solo in una seconda fase andrà garantito il colloquio in presenza, con gli opportuni accorgimenti descritti per i Servizi Ambulatoriali.

Per i nuovi ingressi, si rimanda all'allegato A di questa DGR.

- L'ingresso deve essere posticipato se:
 - ✓ Il paziente presenta febbre e/o sintomi respiratori
 - ✓ Il tampone risulta positivo

- ✓ Il soggetto che ha avuto l'infezione, oltre alla guarigione clinica da patologia COVID-19, non abbia almeno 2 tamponi negativi
- ✓ Il soggetto abbia avuto contatti stretti con persona positiva negli ultimi 14 giorni.

Per quanto riguarda i **pazienti già residenti in Struttura**:

- In caso di **paziente sintomatico** (con febbre e/o sintomi suggestivi di infezione da COVID-19) ma **non ancora sottoposto a tampone**, è necessario far indossare immediatamente al paziente la mascherina chirurgica ed interagire con lui solo attraverso DPI come guanti monouso, mascherina chirurgica e camici monouso.
Il paziente va collocato in isolamento in camera singola con bagno riservato e separato dagli altri residenti anche per i pasti e l'assunzione delle terapie. Oltre ad avvisare il medico della struttura, vanno attivate le procedure per i casi sospetti e per l'effettuazione del tampone faringeo secondo le indicazioni regionali in materia.
- In caso di **paziente COVID-19 positivo, ma asintomatico o paucisintomatico** con quadro clinico che non necessita ospedalizzazione, ma con impossibilità di dimissione al domicilio o in altra struttura dedicata, il paziente viene isolato in camera singola dotata di bagno e deve indossare la mascherina chirurgica nelle interazioni con gli operatori.
Vanno seguite tutte le altre indicazioni relative all'isolamento dei soggetti COVID-19 per quanto riguarda pasti, biancheria, igienizzazione ecc. Gli operatori procedono ad ogni contatto diretto con lui solo dentro la stanza, riducendoli al minimo indispensabile e solo con gli idonei DPI (guanti monouso, mascherina chirurgica, occhiali e camici monouso, sovrascarpe), con modalità analoghe alle precauzioni attuate in area internistica/infettivologica COVID-19 e dopo specifica formazione. Anche in questo caso viene predisposto un attento monitoraggio clinico, secondo le indicazioni regionali in materia.
Se non è possibile tale gestione, va ricercata in collaborazione con Servizio inviante e l'ATS di riferimento, idonea soluzione.
Le persone entrate in contatto con lui (altri utenti, personale) devono effettuare il tampone.

- In caso di **paziente con peggioramento della sintomatologia COVID-19** si contatta il servizio di trasporto sanitario e si trasferisce il paziente in Pronto Soccorso seguendo le misure di prevenzione come indicazioni ministeriali (Circolare 0005443-22/02/2020-DGPRE-DGPRE-P).
- Tutte le **attività di gruppo dei pazienti, le riunioni di equipe e tutte le attività 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 tra utenti 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 anche in piccoli gruppi accompagnati da un operatore vanno costantemente rivalutate alla luce della normativa vigente.
- Vanno promossi e sostenuti attivamente i contatti a distanza (telefonate, videochiamate ecc.) tra i **pazienti e i loro familiari e amici**, mentre va limitato ai soli casi di necessità inderogabile l'accesso di familiari e visitatori alla Struttura. In tal caso è permesso loro di entrare solo uno per volta 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.

È **impedito l'accesso** a persone che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di COVID-19 sospetti/probabili/confermati negli ultimi 14 giorni.

- Di regola non sono permessi i **rientri a casa** (sia diurni che pernottamenti), salvo casi di comprovata eccezionalità, utilizzando al rientro in Struttura tutte le misure preventive relative all'ingresso di nuovi pazienti.
- **Trasferimenti fra strutture:** i trasferimenti sono sconsigliati e in ogni caso è possibile attuarli solo se accertato che dalla struttura di provenienza non ci siano casi COVID o pazienti in isolamento preventivo.
- Per gli utenti che provengono dai Servizi di Bassa Intensità Assistenziale, se previsto l'ingresso in una struttura residenziale terapeutico-riabilitativa o pedagogico, devono essere utilizzate tutte le misure preventive previste per i nuovi ingressi
- Durante i **pasti** va mantenuto il distanziamento, eventualmente organizzando più turni.
- **L'accesso di volontari e personale non addetto** (es fornitori, addetti alla manutenzione ecc) va riservato a casi di comprovata necessità, adottando tutte le misure precauzionali, quali triage all'ingresso e utilizzo dispositivi
- Gli utenti presenti nella Struttura vanno **attivamente supportati nel rispetto delle misure** di prevenzione, promuovendo 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.

5. DROP IN

I drop in sono strutture rivolte ad un'utenza in condizioni di particolare fragilità sociale, con compromissione dell'igiene personale e di frequente comorbilità fisica; condizioni che pongono i pazienti a rischio per sovrainfezioni virali e batteriche oltre che di trasmissione delle stesse agli operatori. Il superamento della Fase 1 andrà programmata ponendo in essere tutte le strategie appropriate per ridurre il rischio infettivo e supportare con le adeguate risposte eventuali infezioni riconosciute.

- Nei Drop In l'ingresso andrà contingentato in relazione alle dimensioni dei locali in modo tale che sia garantito il distanziamento di almeno due metri fra operatori e utenti.
- All'ingresso del paziente andrà rilevata la TC e la persona dovrà provvedere al lavaggio/igienizzazione delle mani verrà fornita mascherina chirurgica
- Se la TC > = 37,5 andranno attivate le risposte compatibili con la situazione clinica. Laddove il paziente non sia regolarmente registrato nel SSR e non avesse la disponibilità di un Medico di Medicina Generale si dovranno attivare percorsi alternativi con il terzo settore ed il volontariato
- L'erogazione di materiale di profilassi e beni di igiene personale dovranno essere monouso

- Fra le attività svolte dev'essere posta attenzione all'informazione e al rispetto delle misure igieniche di base (distanziamento, mascherine, lavaggio delle mani), oltreché al sostegno rispetto all'importanza ad osservare tali precauzioni per se stessi e per gli altri
- I tempi di permanenza dovranno essere contingentati per garantire l'offerta a chi rimane in attesa all'esterno.
- Il Drop In deve avere disponibilità di contenitori per i rifiuti speciali oltre che di tutti i materiali già previsti per le altre unità d'offerta e deve essere prevista sanificazione giornaliera degli spazi
- Andranno utilizzati i mezzi di comunicazione basati sul web anche per i contatti con i pazienti oltre che con la rete dei servizi territoriali.

6. UNITA' MOBILI

L'attività viene svolta esclusivamente in strada ed è espressamente vietato l'accesso all'interno dell'Unità Mobile.

Valgono tutte le disposizioni relative alle misure precauzionali sopracitate, in particolar modo per l'utilizzo dei dispositivi a protezione di operatori e utenti

Sub-allegato B5

Indicazioni operative per la gestione della fase 2 epidemia da Covid 19 negli Istituti Penitenziari

INDICAZIONI GENERALI

Nella cosiddetta Fase 2 dell'epidemia da COVID 19, in analogia con quanto prescritto per il territorio esterno devono essere osservate e mantenute tutte le indicazioni ed i comportamenti che sostengono il distanziamento sociale.

In particolare restano valide le seguenti raccomandazioni:

Lavarsi spesso le mani: Il lavaggio e la disinfezione delle mani sono decisivi per prevenire l'infezione. Le mani vanno lavate con acqua e sapone per almeno 20 secondi. Se non sono disponibili acqua e sapone, è possibile utilizzare anche un disinfettante per mani a base di alcol.

Evitare il contatto ravvicinato con persone che soffrono di infezioni respiratorie acute: Mantenere almeno un metro di distanza dalle altre persone, in particolare quando tossiscono o starnutiscono o hanno la febbre, perché il virus è contenuto nelle goccioline di saliva e può essere trasmesso a distanza ravvicinata.

Non toccare occhi, naso e bocca con le mani: Il virus si trasmette principalmente per via respiratoria, ma può entrare nel corpo anche attraverso gli occhi, il naso e la bocca, quindi va evitato ogni contatto con le mani non ben lavate.

Coprire bocca e naso se si starnutisce o tossisce : Se si ha un'infezione respiratoria acuta, vanno evitati contatti ravvicinati con le altre persone, bisogna tossire all'interno del gomito o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, indossare una mascherina e lavarsi le mani.

Pulire le superfici con disinfettanti a base di cloro o alcol (cfr. Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 e nota del Ministero della Salute n°. 0017644-22/05/2020-DGPRA-MDS-P).

Durante le attività comuni i detenuti dovranno indossare mascherina protettiva.

I lavoranti a vario titolo dovranno svolgere la loro attività indossando mascherina protettiva e guanti ed i loro movimenti dovranno essere limitati al minimo indispensabile.

Ogni Istituto Penitenziario provvederà a mantenere (tramite collaborazione tra area penitenziaria e sanitaria) le seguenti zone:

1. **Zona triage** collocata in una sede che preveda tutti i tipi di accesso, anche per detenuti semiliberi e personale penitenziario residente all'interno dell'Istituto stesso (la zona deve essere dotata di adeguata scorta di mascherine chirurgiche, di termometro digitale, guanti e dispenser per igienizzazione mani).

2. **Zona per l'esecuzione delle visite di ingresso in Istituto** (la zona deve essere dotata di adeguata scorta di mascherine chirurgiche ,di una minima dotazione di mascherine filtranti, di termometro digitale, guanti e dispenser per igienizzazione mani)
3. **Zona per l'isolamento** dei casi sospetti in attesa esito tampone o di ricovero in ospedale, per le sorveglianze cliniche nei contatti di persona positiva per coronavirus, per il ricovero di casi leggeri (la zona deve essere dotata di tutti i DPI e del materiale necessario per l'isolamento del paziente)

Le ASST avranno cura di:

- prevedere un'adeguata dotazione di materiale per la pulizia delle superfici (es. candeggina o prodotti clorati), (saponi con dispenser) nelle aree penitenziarie. La Direzione dell'Istituto provvederà ad idonea scorta di DPI per il personale penitenziario
- provvedere che in tutti gli Istituti ed in particolare negli ambulatori medici, nelle zone di triage e dei colloqui, nelle sezioni detentive e negli uffici del personale penitenziario siano affissi poster con le nuove regole di igiene da adottare.
- prevedere una nuova attività di informazione del personale sanitario e penitenziario
- trasmettere ai detenuti un'informativa contenente un'indicazione sull'attuale stato delle restrizioni applicate e sulle soluzioni alternative messe a disposizione.
- provvedere alla dotazione di DPI per il personale sanitario e socio-sanitario e per i detenuti ed analogamente ad approvvigionamento dei dispenser, gel igienizzanti e materiale per la sanificazione nelle aree sanitarie.
- prevedere all' approvvigionamento di tamponi per COVID-19 da destinare alle eventuali necessità delle strutture carcerarie.

Scorte adeguate di DPI e tamponi dovranno essere garantire all'Hub COVID di San Vittore e all'Istituto di Bollate.

Saranno messi a disposizione dalla Protezione Civile **Operatori Sociosanitari** che svolgeranno attività di supporto al personale infermeristico secondo accordi con le Direzioni Penitenziarie e Sanitarie degli Istituti e le ASST.

Prima di prendere servizio dovranno essere sottoposti a tampone per COVID 19.

Nel caso di **comunicazioni** da parte del personale sanitario, queste dovranno essere rivolte alla propria ASST, alla DG Welfare di Regione Lombardia/ UO di Sanità Penitenziaria. Dovranno essere rigorosamente evitati canali comunicativi alternativi di qualsivoglia natura.

1. Detenuti già presenti in Istituto

Nel caso di **detenuti presenti in istituto che presentino sintomi respiratori** si raccomanda:

- a. Fare indossare mascherina chirurgica
- b. Informare area sanitaria
- c. Valutare da parte Medico/infermiere dati anamnestici (data di ingresso, provenienza, etnia, contatti con l'esterno avvenuti nei 14 giorni precedenti per colloqui familiari, udienze in

tribunale, permessi, esami ambulatoriali e/o ricoveri in ospedale, contatto con persona risultata positiva per Coronavirus)

- d. Sottoporre a tampone per COVID i detenuti sintomatici ed i loro contatti stretti tra i detenuti, il personale sanitario e il personale dell'Amministrazione Penitenziaria
- e. Nell'attesa dell'esito del tampone mantenere il paziente in isolamento, monitorando il quadro clinico. Se l'esito del tampone è negativo proseguire monitoraggio clinico fino al compimento del periodo di quarantena. Se l'esito è positivo prevedere la possibilità di gestione in istituto/invio San Vittore secondo parametri e modalità indicati in capitolo apposito, se il caso non è gestibile chiamare il 118 per invio in ospedale.
- f. In attesa del 118 il paziente dovrà essere fatto attendere in stanza separata con mascherina chirurgica e guanti
- g. Dovrà essere limitato al massimo il numero di operatori sanitari e non che entrano in contatto con il caso sospetto e questi dovranno indossare mascherina filtrante e guanti

2. Detenuto proveniente dall'esterno o da altro Istituto (DPCM 26/4/2020 art.1 punto y)

- a. Dato il verosimile incremento dei **detenuti nuovi giunti soprattutto nelle Case Circondariali**, sarà da prevedere per ogni singolo Istituto una **sede** ed una **procedura** apposita per l'accoglienza, l'isolamento, la sorveglianza sanitaria
- b. Fare indossare mascherina chirurgica
- c. **Visita primo ingresso** : Medico+infermiere effettuano triage valutando i dati anamnestici (provenienza, etnia, eventuali contatti a rischio nei 14 giorni precedenti es. contatti con caso positivo per coronavirus, contatti con ospedali ecc..) e clinici (rilevazione temperatura corporea, presenza di tosse, rinite, cefalea, mialgia, congiuntivite, gastroenterite ecc..). Il detenuto verrà quindi sottoposto a tampone per COVID 19 ed ove possibile a test sierologico. Dovrà essere incoraggiata la possibilità di effettuare test virologici rapidi per garantire una rapida allocazione del detenuto nuovo giunto in rapporto all'esito.
- d. Nell'attesa dell'esito del tampone mantenere il paziente in isolamento, monitorando il quadro clinico. Se l'esito del tampone è negativo proseguire monitoraggio clinico fino al compimento del periodo di quarantena. Se l'esito è positivo prevedere la possibilità di gestione in Istituto o invio a San Vittore, secondo parametri e modalità indicati in capitolo apposito, se il caso non è gestibile chiamare il 118 per invio in Ospedale.
- e. In attesa del 118, il paziente dovrà essere fatto attendere in stanza separata con mascherina chirurgica
- f. Dovrà essere limitato al massimo il numero di operatori sanitari e non che entrano in contatto con il caso sospetto e questi dovranno indossare mascherina filtrante

3. Personale Polizia Penitenziaria

Poiché il personale accede regolarmente all'Istituto, verrà effettuato un **primo triage**.

Il triage comprensivo di quesiti riguardanti eventuali contatti con persona positiva per il coronavirus + misurazione temperatura corporea verrà effettuato da un infermiere e da un operatore socio sanitario che informeranno il medico in caso di sospetto.

L'agente di polizia penitenziaria che risultasse positivo al triage verrà invitato a far ritorno al proprio domicilio ed a rivolgersi al medico curante/ATS di competenza.

Negli **ingressi successivi** sarà l'interessato a segnalare la presenza di febbre, sintomi e contatti stretti con persona positiva per coronavirus. Un operatore socio-sanitario provvederà a misurare la temperatura corporea ad ogni accesso in istituto e ad allontanare il soggetto qualora essa fosse pari o superiore a 37.5.

Il triage completo verrà ripetuto con cadenza quindicinale.

Il personale che risultasse affetto da COVID 19 o in quarantena per contatto con positivo, potrà essere riammesso in servizio solo dopo la esecuzione di due tempi consecutivi con esiti negativo. L'esecuzione dei tamponi è a cura dell'ATS territoriale in collaborazione con il medico competente dell'Istituto che provvederà a riammettere in servizio l'interessato.

Ove possibile sarebbe opportuno applicare lo screening sierologico anche a tale personale, dato le caratteristiche di stretta convivenza con il personale sanitario e con gli operatori sanitari provenienti dall'esterno.

4. Visitatori provenienti dall'esterno/ familiari per i colloqui (DPCM 26/4/2020 art.1 punto y)

La possibilità di effettuare colloqui discende dalle disposizioni nazionali in materia che attualmente prevedono tale possibilità solo in casi eccezionali

Si dovrà **incoraggiare la prosecuzione di forme alternative** al colloquio frontale (colloqui video).

In base alle successive disposizioni della Presidenza del Consiglio, si potrà prevedere per ciascun detenuto **colloqui previo appuntamento** regolando le fasce orarie, la durata del colloquio e prevedendo un orario giornaliero il più possibile ampio (es 8-20).

Al momento della richiesta di appuntamento il familiare dovrà autodichiarare di non essere positivo per COVID, di non essere in quarantena perché contatto stretto di COVID, di non presentare febbre o sintomi respiratori o gastroenterici.

Potrà essere previsto controllo incrociato di positività/ quarantena su liste della Prefettura/ATS.

Se si dovesse verificare, come prevedibile, latenza tra richiesta e conferma del colloquio, tale dichiarazione e verifica dovranno essere ripetute nell'imminenza del colloquio stesso.

In allegato all'appuntamento dovrà essere fornito volantino con istruzioni di comportamento.

Si dovrà prevedere un solo familiare per colloquio (tranne casi di eccezionalità), escludendo minori di anni 12 e maggiori di anni 65.

Al familiare si chiederà di presentarsi al colloquio munito di mascherina protettiva, di rispettare le distanze già nelle aree esterne.

Al momento dell'ingresso verrà rilevata temperatura corporea da un operatore socio-sanitario e verranno fatti indossare i guanti dopo igienizzazione delle mani.

Una dotazione di mascherine protettive e di guanti ed una dispenser per l'igienizzazione delle mani dovrà essere resa pertanto disponibile all'ingresso dell'Istituto

I colloqui dovranno avvenire in locali che dispongano di finestre per garantire ricambi d'aria, dovranno prevedere un numero di presenti contemporaneamente che consenta il distanziamento sociale (2 m di distanza) ed eviti l'affollamento. Il distanziamento dovrà essere garantito da adeguata segnaletica e da barriere materiali (es. tavolo, barriera in plexiglas ecc..). Laddove possibile, tenendo in considerazione la stagione atmosferica sopravveniente e la disponibilità in alcuni Istituti dell'Area Verde, i colloqui dovranno essere effettuati all'aperto sempre rispettando le istruzioni per il distanziamento.

Le procedure di perquisizione dovranno essere effettuate tramite metal detector evitando qualsivoglia forma di contatto fisico.

Durante l'intero colloquio i detenuti, i familiari e gli agenti di polizia penitenziaria addetti all'accompagnamento ed alla sorveglianza dovranno indossare mascherine protettive e guanti e dovrà essere evitata qualsivoglia forma di contatto fisico .

All'inizio ed il termine di ogni colloquio familiare e detenuto dovranno provvedere all'igienizzazione delle mani con adeguata soluzione provvista di dispenser (che dovrà essere disponibile sia dal lato entrata del familiare che del detenuto).

Al termine di ogni colloquio dovranno essere sanificate le zone di contatto (tavolo, plexiglas), all'inizio ed al termine dell'intera giornata di colloqui i locali dove è avvenuto il colloquio ed i percorsi compiuti dal visitatore esterno dovranno essere sottoposti a **sanificazione**

Nei locali di accesso dall'esterno e nei locali per i colloqui dovranno essere affisse locandine con istruzioni igieniche.

I **pacchi** non dovranno contenere alimenti rapidamente deperibili e dovranno essere conservati in locale apposito opportunamente aereato per almeno 24 ore dopo il colloquio. Qualora contenessero oggetti metallici, in plastica ecc.. dovranno essere sottoposti a sanificazione prima dell'uso.

I familiari che nei 14 giorni successivi al colloquio risultassero COVID positivi/contatti di COVID positivo dovranno darne comunicazione alla Direzione dell'Istituto, che a sua volta provvederà ad informare l'area sanitaria

5. Visitatori esterni occasionali

Per i visitatori occasionali (es. avvocati, magistrati) varranno le seguenti indicazioni

Si potrà prevedere per ciascun detenuto un colloquio se **possibile previo appuntamento** regolando le fasce orarie, la durata del colloquio e prevedendo un orario giornaliero il più possibile ampio (es 8-20).

Al momento della richiesta di appuntamento o dell'accesso in Istituto il visitatore dovrà autodichiarare di non essere positivo per COVID, di non essere in quarantena perché contatto stretto di COVID, di non presentare febbre o sintomi respiratori o gastroenterici.

Potrà essere previsto controllo incrociato di positività/ quarantena su liste della Prefettura/ATS.

Se si dovesse verificare, come prevedibile, latenza tra richiesta e conferma del colloquio, tale dichiarazione e verifica dovranno essere ripetute nell'imminenza del colloquio stesso.

In allegato all'appuntamento dovrà essere fornito volantino con istruzioni di comportamento.

Si dovrà prevedere un solo visitatore per colloquio (tranne casi di eccezionalità), ove possibile, di età non superiore ad anni 65.

Al visitatore si chiederà di presentarsi al colloquio munito di mascherina protettiva, di rispettare le distanze già nelle aree esterne.

Al momento dell'ingresso verrà rilevata temperatura corporea da parte di un operatore socio-sanitario e verranno fatti indossare i guanti dopo igienizzazione delle mani.

Una dotazione di mascherine protettive e di guanti ed una dispenser per l'igienizzazione delle mani dovrà essere resa pertanto disponibile all'ingresso dell'Istituto

I colloqui dovranno avvenire in locali che dispongano di finestre per garantire ricambi d'aria, dovranno prevedere un numero di presenti contemporaneamente che consenta il distanziamento

sociale (2 m di distanza) ed eviti l'affollamento. Il distanziamento dovrà essere garantito da adeguata segnaletica e da barriere materiali (es. tavolo, barriera in plexiglas ecc..).

Le procedure di perquisizione dovranno essere effettuate tramite metal detector evitando qualsivoglia forma di contatto fisico.

Durante l'intero colloquio i detenuti, il visitatore e gli agenti di polizia penitenziaria addetti all'accompagnamento ed alla sorveglianza dovranno indossare mascherine protettive e guanti e dovrà essere evitata qualsivoglia forma di contatto fisico .

All'inizio ed al termine di ogni colloquio visitatore e detenuto dovranno provvedere all'igienizzazione delle mani con adeguata soluzione provvista di dispenser (che dovrà essere disponibile sia dal lato entrata del visitatore che del detenuto).

Al termine di ogni colloquio dovranno essere sanificate le zone di contatto (tavolo, plexiglas), all'inizio ed al termine dell'intera giornata di colloqui i locali dove è avvenuto il colloquio ed i percorsi compiuti dal visitatore esterno dovranno essere sottoposti a **sanificazione**

Nei locali di accesso dall'esterno e nei locali per i colloqui dovranno essere affisse locandine con istruzioni igieniche.

Eventuale materiale portato dall'esterno dal visitatore dovrà essere sottoposto a sanificazione prima dell'uso.

I visitatori esterni che nei 14 giorni successivi al colloquio risultassero COVID positivi/contatti di COVID positivo dovranno darne comunicazione alla Direzione dell'Istituto, che a sua volta provvederà ad informare l'area sanitaria.

Nel caso di figure diverse (es.fornitori) sarà sufficiente la **misurazione della temperatura corporea** da parte di un operatore socio-sanitario e l'obbligo di ingresso con mascherine protettive per tutta la durata della permanenza in istituto e guanti dopo igienizzazione delle mani, che dovrà avvenire anche al momento dell'uscita dell'istituto.

6. Operatori che accedono regolarmente a vario titolo (compreso personale sanitario)

Gli Operatori che svolgono attività indispensabili a vario titolo (es. educatori, insegnanti) e il personale sanitario che accede regolarmente agli istituti verrà effettuato un **primo triage**.

Il triage comprensivo di quesiti riguardanti eventuali contatti con persona positiva per il coronavirus + misurazione temperatura corporea verrà effettuato da un infermiere e da un operatore socio sanitario) che informeranno il medico in caso di sospetto.

L'operatore che risultasse positivo al triage verrà invitato a far ritorno al proprio domicilio ed a rivolgersi al medico curante/ATS/ASST(se operatore sanitario) di competenza

Negli **ingressi successivi** sarà l'interessato a segnalare la presenza di febbre, sintomi e contatti stretti con persona positiva per coronavirus.

Un operatore socio-sanitario provvederà a misurare la temperatura corporea ad ogni accesso in istituto e ad allontanare il soggetto qualora essa fosse pari o superiore a 37.5.

Il triage completo verrà ripetuto con cadenza quindicinale.

Gli operatori utilizzeranno mascherine protettive per tutta la durata della permanenza in Istituto e guanti dopo igienizzazione delle mani, che dovrà avvenire anche al momento dell'uscita dell'Istituto. Il personale sanitario e socio-sanitario che non lo avesse già fatto, verrà sottoposto a tampone per COVID 19.

Nell'attesa dell'esito dovrà accedere all'Istituto sottoponendosi a triage e indossando mascherina chirurgica per l'intera durata del turno. Sarà discrezione delle singole ASST la esecuzione di eventuali test sierologici.

Analogo provvedimento dovrebbe essere attuato anche nei confronti del personale volontario in previsione di un primo accesso all'Istituto dopo il periodo di lockdown.

Il personale sanitario/sociosanitario e gli psicologi ASST che risultassero affetti da COVID 19 o in **quarantena** per contatto con positivo, potranno essere riammessi in servizio solo dopo la esecuzione di due temponi consecutivi con esiti negativo. L'esecuzione dei tamponi è a cura della UO Medicina preventiva dell'ASST locale.

Per i collaboratori non sanitari il riferimento è rappresentato dall'ATS/MMG locali.

7. Indicazioni per movimenti dei detenuti

Tali indicazioni devono rispettare i Decreti nazionali e regionali e le regole igieniche in vigore per la popolazione generale.

Il detenuto ed il personale di polizia penitenziaria dovranno indossare mascherine protettive ed in caso di accesso nei locali ospedalieri o trasferimento in altro Istituto all'entrata di questi dovranno provvedere all'igienizzazione delle mani e ad indossare guanti.

Al momento dell'uscita dei locali ospedalieri dovrà essere ripetuta analoga procedura di igienizzazione delle mani.

In Allegato 1 sono descritte le **indicazioni per il trasferimento in Ospedale, Hub San Vittore, Bollate di detenuti COVID positivi**.

8. Indicazioni per ricoveri in Ospedale detenuti covid positivi

Nel caso di ricovero ospedaliero determinato da:

- Infezione da coronavirus non gestibile negli istituti
- Sorveglianza di contatto stretto sintomatico con persona positiva per coronavirus non eseguibile negli Istituti

saranno da privilegiare le seguenti strutture:

- **per gli Istituti di Milano:** il Reparto di Medicina V Protetta fino ad esaurimento posti
- **per le ASST dotate di posti letto dedicati ai pazienti ristretti:** nei posti letto riservati fino ad esaurimento posti
- **per le ASST non dotate di posti letto dedicati ai pazienti ristretti:** nell'Ospedale di riferimento

Il Reparto di Medicina Protetta deve rendersi disponibile anche al ricovero di pazienti provenienti da altre ASST qualora non fosse possibile il ricovero degli stessi presso gli Ospedali di riferimento

Sono state inoltre attivate le seguenti opzioni di ricovero interno agli Istituti:

MILANO SAN VITTORE : S.A.I. COVID che sarà riservato ai pazienti COVID in fase acuta che non necessitino ricovero ospedaliero provenienti prevalentemente dagli Istituti di Milano, ma anche da altri Istituti Penitenziari regionali, soprattutto nelle aree in cui è maggiore la congestione ospedaliera e con riferimento agli Istituti Penitenziari che non dispongono del Servizio Sanitario nelle 24 ore.

MILANO BOLLATE: I locali dell'isolamento, già attivi del Carcere di Bollate, ospiteranno i pazienti COVID che hanno superato la fase acuta di malattia ma sono ancora positivi al tampone e che non necessitano più di assistenza continuativa, ma devono essere osservati clinicamente (fase di

convalescenza) . Tale struttura verrà inoltre in supporto nel caso in cui vi fosse un incremento di casi in un breve periodo e vi fosse la necessità di liberare posti letti nel S.A.I COVID

I criteri e le modalità di accettazione presso il SAI COVID e Bollate sono i seguenti:

SAI COVID/BOLLADE

Paziente con diagnosi di infezione da COVID 19 accertata (tampone positivo) e paucisintomatico o con sintomi che non richiedano ricovero ospedaliero (saturazione O₂ <94%/90% se BPCO , frequenza respiratoria > 22 cicli/min non corretti da O₂ terapia, rapido peggioramento della dispnea, segni e sintomi di sepsi).

Al momento della guarigione clinica (apiressia da tre giorni, sat O₂>94%, frequenza respiratoria< 22 cicli/min) dovranno essere osservati 14 giorni di isolamento ulteriore con sorveglianza clinica, al termine dei quali verranno effettuati due tamponi successivi a distanza di 24 ore per la riammissione in comunità. Tale periodo potrà essere osservato presso l'istituto di Bollate e, nel caso di sua saturazione, presso l'Istituto di provenienza.

L'accettazione del detenuto COVID positivo presso il SAI di San Vittore avverrà per le vie più brevi possibili (telefono mail UOSP/Provveditorato), ma previa presentazione di scheda clinica del paziente che si allega (Allegato 2)

I detenuti COVID positivi che necessitino di supporto ventilatorio/terapia intensiva restano comunque a carico degli Istituti e delle relative ASST, che provvederanno tramite il 112 all'individuazione di posto letto ospedaliero.

9. Ricoveri presso il Reparto di Medicina V Protetta Ospedale San Paolo Milano

Il reparto di Medicina V Protetta manterrà la sua attività di ricovero privilegiando i casi di patologia grave, i rilevamenti da altri Ospedali, gli eventuali accessi dal Pronto Soccorso dell'Ospedale San Paolo.

Non è indicato invece il ricovero di pazienti provenienti da ASST al di fuori dall'area milanese se non affetti da patologie gravi.

Prima del ricovero, a meno che questo avvenga in condizioni di urgenza estrema, il detenuto dovrà essere sottoposto a tampone per COVID 19 ed il risultato dovrà essere comunicato al Responsabile del Reparto ed apposto nella cartella clinica

I pazienti che fanno accesso dall'esterno, ed in modo particolare quelli rilevati da Ospedali, verranno sottoposti all'ingresso a visita comprensiva di anamnesi e valutazione del quadro clinico.

Al momento della dimissione dovrà essere esclusa la presenza di febbre e sintomi respiratori e verrà effettuato tampone per COVID 19 se non già effettuato in precedenza

Il personale sanitario e penitenziario verrà sottoposto al primo accesso al triage.

Negli ingressi successivi saranno gli interessati a segnalare la eventuale presenza di febbre e contatti con persona positiva per coronavirus e verrà misurata la temperatura da parte di un operatore socio- sanitario.

Per gli allontanamenti e le riammissioni valgono le stesse regole già indicate al punto 6.

10. Procedura di sorveglianza sanitaria per i detenuti ammessi alla fruizione del lavoro all'esterno, i semiliberi ed i fruitori di permessi premio e di licenze

Per i detenuti ammessi alla fruizione del lavoro all'esterno e per i semiliberi verrà effettuato lo stesso **triage** in atto per il personale che fa regolarmente accesso negli istituti secondo le "Indicazioni per il personale sanitario e penitenziario "

Le procedure di triage saranno ripetute con cadenza quindicinale sempre riferendosi al periodo massimo d'incubazione della malattia.

Nel periodo intercorrente tra i periodici triage si chiederà agli interessati:

1. nel caso manifestassero sintomi respiratori e/o febbre o avessero avuto contatti con persona nota positiva per coronavirus, di rappresentarlo tramite scheda appositamente predisposta che verrà messa loro a disposizione e contestualmente di far avvisare il Servizio sanitario interno all'Istituto perché attui le procedure sopra descritte
2. verrà inoltre misurata quotidianamente da parte di un operatore socio-sanitario la temperatura corporea all'entrata e all'uscita dall'Istituto (nel caso di temperatura ≥ 37.5 verranno adottate le procedure sopra descritte)

Per i detenuti che fruiscono di permessi premio_ex art.30 ter si attueranno le procedure previste per il detenuto nuovo giunto di cui al punto 2

11. Indicazioni infettivologiche per la gestione del paziente detenuto rilasciato in libertà o in misura alternativa che non preveda il rientro quotidiano in carcere

Istruzioni generali

- **Verificare e contattare i riferimenti del soggetto sul territorio:** ASST, ATS, MMG, SERD, CPS, Centri Diurni e l'eventuale assunzione di terapie o presenza di patologie che necessitino continuità terapeutica ed assistenziale

- **Avvisare sempre per conoscenza il Magistrato** di riferimento sui provvedimenti intrapresi

- **Verificare situazione familiare** (esistenza abitazione, supporto familiare, ESCLUDERE CHE NELLA FAMIGLIA DI RITORNO SIANO PRESENTI CASI POSITIVI O IN QUARANTENA PERCHE' CONTATTI DI COVID POSITIVI)

- **Fornire al detenuto, anche in forma di istruzioni scritte, le norme igieniche** e per il distanziamento sociale In vigore al momento del rilascio sec. Decreti Regionali e Nazionali

- **Fornire al detenuto copia del certificato sullo stato di salute in uscita**, negatività/assenza di quarantena per COVID 19. Tale copia dovrà contenere riferimenti telefonici area sanitaria dell'Istituto di rilascio

- **Fornire al detenuto dotazione con kit mascherine+ guanti per almeno 5 giorni**
Istruzioni particolari

- **Valutazione da parte medico di guardia, che dovrà fornire al detenuto ed apporre in cartella certificazione dello stato di salute al momento del rilascio**

A. COVID 19 NEGATIVO:

- applicare istruzioni generali
- effettuare triage in uscita, compilando modulo scritto che comprenda rilevazione temperatura ed assenza di sintomi. Tale modulo dovrà essere sottoscritto da medico e detenuto in due copie, una delle quali viene allegata alla cartella clinica, la seconda consegnata al detenuto insieme a copia del certificato di buona salute

- in caso di presenza di sintomi sospetti effettuare tampone e fare istanza al Magistrato per rinvio provvedimento di scarcerazione fino ad esito; se non possibile contattare ATS/MMG per attivazione sorveglianza domiciliare se paucisintomatico; in caso di sintomi che richiedano ricovero ospedaliero far accompagnare detenuto a PS Ospedale San Paolo

B. COVID POSITIVO O IN QUARANTENA PERCHE' CONTATTO DI COVID 19 POSITIVO

- fare istanza al Magistrato per rinvio provvedimento di scarcerazione fino a completamento del periodo di quarantena o a doppia negatività del tampone
- se non possibile, e solo per gli Istituti di Milano, contattare sig. Bacchetta (TEL. A PARTE) per ricovero presso reparto apposito Ospedale San Paolo o per ricovero strutture apposite esterne. Per gli altri istituti individuare la struttura corrispettiva della propria città.
- **Nel caso di assoluta necessità di rientro al domicilio avvisare ATS/MMG per sorveglianza domiciliare** e fornire al detenuto, anche in forma di istruzioni scritte, le norme igieniche da e dotazione con kit mascherine+ guanti per almeno 5 giorni e i farmaci antiCOVID eventualmente in corso in quantità sufficiente per il completamento della terapia.

Mantenere tracciamento detenuto rilasciato tramite ATS. Nel caso nei quattordici giorni successivi al rilascio l'ex detenuto presentasse sospetto/accertata infezione da COVID 19 ATS dovrà avvisare Istituto di provenienza per la messa in atto di provvedimenti sanitari sui contatti

ALLEGATO 1.**RACCOMANDAZIONI PER LA TRADUZIONE DETENUTO COVID POSITIVO****SCENARIO 1. Traduzione singolo detenuto a mezzo ambulanza**

- All'arrivo dell'ambulanza il reparto dovrà essere avvisato dalla matricola detenuti
- Una volta entrata in struttura l'ambulanza parcheggerà in zona portineria
- L'agente di turno, responsabile della Portineria verificherà che:
 - 1) il responsabile del servizio ambulanza sia al corrente che il detenuto e' Covid +.
 - 2) il detenuto possa viaggiare senza la scorta nel vano posteriore dell'ambulanza spiegando al responsabile del servizio che non ci sono pericoli. Nel caso in cui venga richiesto l'agente di scorta, quest'ultimo si proteggerà utilizzando i DPI presenti sull'ambulanza rispettando così il loro protocollo.
 - 3) Una macchina di servizio seguirà l'ambulanza . Un agente della scorta salirà nell'auto indossando mascherina protettiva FFP2 guanti e visiera nel caso, durante la traduzione, sia necessario entrare in contatto con il detenuto. Gli altri agenti della scorta indosseranno mascherina chirurgica.
 - 4) Completata questa procedura:
- Il personale dell'ambulanza vestito come da protocollo e munito di barella, raggiungerà la sezione ove è ubicato il detenuto, utilizzando l'ascensore di servizio.
- Nel corridoio delle celle in attesa del personale dell'ambulanza, si trovano un agente e il personale medico necessario per il caso che preparano il detenuto per la traduzione. Entrambi indossano il kit DPI completo (guanti,mascherina FFP2, camice e visiera)
- Il paziente dovrà indossare la mascherina protettiva e i guanti
- Il paziente in grado di camminare verrà accompagnato con i suoi effetti personali all'uscita della "zona sporca" dove è in attesa la barella e viene fatto accomodare sulla barella stessa.
- Nel caso in cui il paziente non sia in grado a camminare verrà introdotta la barella nella cella.
- E' opportuno raccomandare al paziente di limitare la quantità di effetti personali da portare al minimo indispensabile.
- L'agente della sezione avrà a disposizione un paio di manette in dotazione al reparto con le quali ammanetterà il detenuto alla sponda della barella lasciandogli libero un braccio.
- Prima di iniziare la traduzione l'ispettore si assurerà che tutto il percorso sia libero e che tutto il personale sia al corrente della traduzione imminente.
- Prima di iniziare la traduzione il materiale cartaceo medico/infermieristico (Cartella clinica ecc) dovrà essere consegnata al personale dell'ambulanza in busta chiusa per evitare la contaminazione.
- Ottenuto il via libera e una volta che la documentazione ha lasciato il reparto la traduzione inizia: il detenuto viene accompagnato dal personale dell'ambulanza, dall'agente e dal personale medico ove necessario, utilizzando l'ascensore fino al piazzale dove l'automezzo è in attesa di caricare la barella.
- Sul piazzale l'agente di scorta che dovesse salire accanto all'autista dell'ambulanza indosserà mascherina FFP2 e guanti e avrà in dotazione:

- 1) una busta di plastica pulita contenente soluzione clorata, nella quale l'agente di sezione lascera' cadere le chiavi delle manette.
 - 2) Un kit DPI completo: camice monouso e visiera da indossare all'arrivo in Pronto Soccorso
 - 3) Il secondo agente di scorta seguirà l'ambulanza con l'automobile d'ordinanza
- Caricata la barella sull'ambulanza l'agente della sezione rientra in reparto e si sveste nella zona filtro come da protocollo.
 - Caricata la barella il personale medico della sezione rientra in reparto e si sveste nella zona filtro come da protocollo.
 - Tutto il tragitto utilizzato durante la traduzione verrà sanificato da un lavorante.
 - Analoga procedura dovrà essere seguita nell'istituto di destinazione
 - Sarà cura della matricola detenuti avvisare i familiari e l'avvocato difensore del detenuto dell'avvenuto trasferimento

SCENARIO 2. Trasporto collettivo detenuti a mezzo veicolo amministrazione penitenziaria

Valgono le stesse raccomandazioni dello scenario 1, con l'eccezione che dato la modalità di trasporto:

1. Non è presente personale dell'ambulanza
2. L'autista del mezzo indosserà mascherina chirurgica
3. Le auto di scorta ospiteranno il personale di polizia penitenziaria ritenuto necessario per la traduzione e, per ogni auto, uno degli agenti indosserà mascherine FFP2, guanti, camice, visiera protettiva nel caso si rendesse necessario il contatto con i detenuti. Gli altri indosseranno mascherina chirurgica.

ALLEGATO 2. SCHEDA DI RICHIESTA ASSEGNAZIONE AL SAI COVID DI MILANO SAN VITTORE

Istituto.....

Paziente Cognome.... Nome.. data e luogo di nascita.. codice fiscale..

Provenienza da esterno altro istituto

Data di entrata in istituto

Data di prima manifestazione sintomi

Data esecuzione tampone

Data conferma diagnosi di COVID 19

Sintomatologia attuale

- Iperpiressia
- Tosse
- Dispnea
- Anosmia
- Ageusia
- Rinite
- Cefalea
- Mialgie
- Diarrea

Segni rilevati

- Saturazione O2
- Frequenza respiratoria
- T corporea
- PA
- Diuresi

Comorbilità presenti

- Diabete mellito
- Cardiopatia ischemica
- Vasculopatia cerebrale
- Ipertensione arteriosa
- Neoplasia
- Trapianto
- Terapia immunosoppressiva

Bisogni assistenziali/infermieristici

Contatti familiari

Terapia in corso/ terapia sostitutiva

Medico di riferimento

ASST ed ATS di riferimento

Data e firma del medico