



REGIONE CALABRIA

GIUNTA REGIONALE

ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE

n. 96 del 17 dicembre 2020

OGGETTO: Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica. **Disposizioni inerenti alle Strutture residenziali socio-sanitarie, socioassistenziali e sociali territoriali**

*Il Delegato del Soggetto Attuatore (Ordinanza n. 50/2020),
previo controllo degli atti richiamati, attesta la regolarità tecnica
del presente atto.*

Dott. Antonio Belcastro
(f.to digitalmente)

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE

VISTI gli articoli 32 e 117 della Costituzione;

VISTO lo Statuto della Regione Calabria, approvato con Legge Regionale n. 25 del 19 ottobre 2004 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante *“Istituzione del servizio sanitario nazionale”*e, in particolare, l’art. 32 che dispone *“il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all’intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni”*, nonché *“nelle medesime materie sono emesse dal presidente della giunta regionale e dal sindaco ordinanze di carattere contingibile e urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale”*;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 26 del 1° febbraio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.190 del 30 luglio 2020, con la quale è stata disposta la proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 7 ottobre 2020 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.248 del 07 ottobre 2020 con la quale è stato prorogato, fino al 31 gennaio 2021, lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

VISTO il Decreto Legge 30 luglio 2020 n. 83, che aveva modificato l’art. 1 comma 1 del Decreto Legge 25 marzo 2020, n. 19, estendendo la possibilità di adottare misure urgenti per evitare la diffusione del COVID-19 a tutto il 15 ottobre 2020, nonché l’art. 3 comma 1 del decreto legge 16 maggio 2020, n. 33, fissando l’applicazione delle misure previste a tutto il 15 ottobre 2020;

VISTO il Decreto Legge 7 ottobre 2020, n. 125, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana Serie Generale n.248 del 07 ottobre 2020, con il quale sono stati, tra l’altro, prorogati al 31 gennaio 2021 i termini di cui all’articolo 1 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, all’articolo 3, comma 1, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, e al decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 settembre 2020, n. 124;

VISTI i Decreti Legge:

del 23 febbraio 2020, n.6, convertito, con modificazioni, dalla legge, 5 marzo 2020, n.13,
del 17 marzo 2020, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020 n. 27,
del 25 marzo 2020, n.19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020 n.35,
del 16 maggio 2020, n.33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020 n. 74,
del 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020 n. 77,
del 16 luglio 2020, n.76, convertito, con modificazioni, dalla legge settembre 2020, n. 120
del 30 luglio 2020, n. 83 convertito, con modificazioni, dalla legge 25 settembre 2020, n. 124;
del 9 novembre 2020, n. 149;
del 30 novembre 2020, n. 157;

VISTI i DDPCM del 23 febbraio 2020, del 25 febbraio 2020, dell’1 marzo 2020, del 4 marzo 2020, dell’8 marzo 2020, del 9 marzo 2020, dell’11 marzo 2020, del 22 marzo 2020, dell’1 aprile 2020, del

10 aprile 2020, del 26 aprile 2020, del 17 maggio 2020, dell'11 giugno 2020, del 14 luglio 2020, del 7 agosto 2020, del 7 settembre 2020; del 13 ottobre 2020, del 18 ottobre 2020, del 24 ottobre 2020;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 novembre 2020 “ Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»” pubblicato nella GU Serie Generale n.275 del 04-11-2020 - Suppl. Ordinario n. 41;

VISTO il Decreto Legge 2 dicembre 2020 “Disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19” pubblicato nella GU Serie Generale n.299 del 02 dicembre 2020, in vigore dal 3 dicembre 2020;

VISTE tutte le vigenti Ordinanze del Presidente della Regione, emanate ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica per l'emergenza COVID-19;

VISTA la nota circolare a firma del Presidente della Regione Prot. 352436 del 29 ottobre 2020, contenente indicazioni inerenti i provvedimenti regionali per aree valutate ad elevata espansione epidemica;

VISTA l'Ordinanza n. 4/2020 con la quale è stata costituita, tra l'altro l'Unità di crisi regionale, di cui fa parte il Gruppo Operativo formalizzato, da ultimo, con provvedimento dei Delegati del Soggetto Attuatore, di cui al DDG n. 3855 del 4 aprile 2020 e disposizione prot. 131965 del 9 aprile 2020;

VISTO il Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione civile rep.n.631 del 27.02.2020, con il quale il Presidente della Regione Calabria è stato nominato Soggetto Attuatore ai sensi della OCDPC n. 630/2020;

VISTA l'Ordinanza n. 50/2020 con la quale sono stati nominati i delegati del Soggetto Attuatore e ritenuto di doverli confermare senza soluzione di continuità;

ALLA LUCE dell'entrata in vigore del DPCM 3 dicembre 2020, pubblicato nella GU Serie Generale n.302 del 4 dicembre 2020;

CONSIDERATO che

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 dicembre 2020 recante: «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante: "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19" e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante: "Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19", nonché del decreto-legge 2 dicembre 2020, n. 158, recante: "Disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19"» ha sostituito il DPCM 3 novembre 2020, fissando, dal 4 dicembre 2020, nuove disposizioni per l'emergenza, fino a tutto il 15 gennaio 2021;

- le Ordinanze sottoscritte dal Ministro della Salute in data 04 novembre 2020, 19 novembre 2020, 27 novembre 2020, 05 dicembre 2020, avevano identificato le Regioni che si collocano in uno scenario di tipo 3 e di tipo 4 con un livello di rischio alto, alle quali si applicano rispettivamente le misure di contenimento previste dagli artt. 2 e 3 del DPCM 3 novembre 2020;

- a seguito del report n. 30 di Monitoraggio dell'ISS e Ministero della Salute, relativo alla settimana 30 novembre – 6 dicembre 2020, la Regione Calabria ha ottenuto una classificazione complessiva di rischio “moderata”;

- l'Ordinanza del Ministro della Salute dell'11 dicembre 2020 “ Ulteriori misure urgenti in materia di

contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Modifica della classificazione delle Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Lombardia e Piemonte” pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.308 del 12 dicembre 2020, ha disposto, all’articolo 1 comma 1 lettera b), che per la Regione Calabria, cessa l'applicazione delle misure di cui all'art. 2 del DPCM 3 dicembre 2020;

- ai sensi del comma 16-ter dell'art. 1 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, come inserito dall'art. 24 del decreto-legge 30 novembre 2020, n. 157, «l'accertamento della permanenza per quattordici giorni in un livello di rischio o scenario inferiore a quello che ha determinato le misure restrittive, effettuato ai sensi del comma 16-bis, come verificato dalla Cabina di regia, comporta l'applicazione, per un ulteriore periodo di quattordici giorni, delle misure relative allo scenario immediatamente inferiore, salvo che la Cabina di regia ritenga congruo un periodo inferiore»;

- nella Regione Calabria sono attualmente efficaci - salvo nuove determinazioni e ferma restando la possibilità di una nuova classificazione ai sensi dell'art. 1, comma 16-ter, del Decreto-Legge 16 maggio 2020, n. 33 - le misure previste nel DPCM 3 dicembre 2020;

CONSIDERATO altresì che

- in tutte le province del territorio regionale si stanno comunque registrando focolai COVID-19 all'interno delle Strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali che, interessando soggetti particolarmente fragili e di età avanzata, determinano situazioni di grave criticità in termini di sintomatologia e ricorso alle cure e all'ospedalizzazione;

- appare necessario mantenere elevato il livello di precauzione in tali contesti sanitari - che includono anche le Strutture a carattere sociale territoriale - per l'adeguata prevenzione ed il contenimento dei contagi, ribadendo l'adozione di misure e procedure già previste dalla legislazione nazionale e da linee guida scientifiche, inclusa la gestione degli accessi dei visitatori;

- il DPCM 3 dicembre 2020, in continuità con quanto presente nei precedenti provvedimenti governativi, all'articolo 1 punto 10 lettera dd) ha disposto che l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungodegenza, Residenze Sanitarie Assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, sia limitata ai soli casi indicati dalla Direzione Sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni d'infezione;

- le “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali” - Versione del 24 agosto 2020 – del Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2, qui richiamate quale riferimento univoco da considerarsi nella gestione di dette Strutture, fornisce misure generali per l'implementazione dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in questi contesti;

- con la nota prot. 296115 del 16 settembre 2020, riscontrata dall'Istituto superiore di Sanità in data 23 settembre 2020, con nota prot. 30794, si è manifestata la volontà di integrare, a livello regionale, le indicazioni di cui al Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2, con ulteriori specificazioni, per come riportato in **allegato 1** alla presente Ordinanza;

- con la Circolare del Ministero della Salute “Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socio-assistenziali, socio-sanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura” del 30 novembre 2020, i cui elementi essenziali sono riportati in **allegato 2** alla presente Ordinanza, sono state fornite indicazioni operative sulla base dell'evoluzione della situazione epidemiologica sul territorio nazionale;

- con la Circolare n. 0025420-04/12/2020-DGPROGS- del Ministero della Salute “disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali”, i cui elementi essenziali sono riportati in **allegato 3** alla presente Ordinanza, sono state fornite indicazioni inerenti le misure di contrasto alla diffusione dei contagi in tali Strutture;

- con la nota prot.153934 del 6 maggio 2020 del Dipartimento Tutela della Salute, che deve intendersi qui richiamata per la puntuale applicazione, sono state diramate le “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” oggetto della Circolare

Ministeriale del 23 aprile 2020;

- le attività clinico -assistenziali e di riabilitazione delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva, devono essere organizzate coerentemente a quanto previsto nel Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020 revisione 2 del 28 ottobre 2020;
- per le Strutture sociali territoriali, residenziali e semiresidenziali soci assistenziali per anziani, disabili, minori e donne in difficoltà, il competente Settore del Dipartimento Regionale Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio-Sanitari, ha prodotto le linee guida in **allegato 4** alla presente Ordinanza;
- in data 15 dicembre 2020 è stato pubblicato il Rapporto ISS COVID-19 n. 62/2020 “Indicazioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 negli hospice e nelle cure palliative domiciliari” in **allegato 5** alla presente Ordinanza;

DATO ATTO, che

- le Ordinanze regionali per l'emergenza COVID-19 vigenti, in combinato disposto con le disposizioni nazionali, hanno già previsto specifiche misure e attività di monitoraggio nei diversi contesti sanitari e sociali;
- per quanto non espressamente previsto dal presente provvedimento, devono applicarsi le norme fissate nel DPCM 3 dicembre 2020 e nei relativi allegati, in combinato disposto con le disposizioni regionali vigenti;

RITENUTO NECESSARIO in considerazione di quanto sopra esposto, ai fini del contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2/COVID-19 e ferme restando le misure statali e regionali di contenimento del rischio di diffusione del virus già vigenti:

- ribadire, che all'articolo 1 punto 10 lettera dd) del DPCM 3 dicembre 2020 è stato disposto che l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungodegenza, Residenze Sanitarie Assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, sia limitata ai soli casi indicati dalla Direzione Sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni d'infezione;
- richiamare le “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali” - Versione del 24 agosto 2020 – presenti nel Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2, quale riferimento univoco da considerarsi nella gestione di dette Strutture, riguardo le misure generali per l'implementazione dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in questi contesti, integrate dalle determinazioni regionali riportate in **allegato 1** alla presente Ordinanza;
- dare attuazione a quanto previsto con la Circolare del Ministero della Salute “Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, socioassistenziali e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura” del 30 novembre 2020, i cui elementi essenziali sono riportati in **allegato 2** alla presente Ordinanza;
- dare attuazione a quanto previsto con la Circolare n. 0025420-04/12/2020-DGPROGS- del Ministero della Salute “disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali”, i cui elementi essenziali sono riportati in **allegato 3** alla presente Ordinanza;
- richiamare per la puntuale applicazione:
 - a) la nota prot.153934 del 6 maggio 2020 del Dipartimento Tutela della Salute, con cui sono state diramate le “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” oggetto della Circolare del Ministero della Salute del 23 aprile 2020;
 - b) il Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020 revisione 2 del 28 ottobre 2020 “Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2;
- approvare le linee di indirizzo in **allegato 4** alla presente Ordinanza, riferite alle Strutture sociali territoriali, residenziali e semiresidenziali soci assistenziali per anziani, disabili, minori e donne in difficoltà;

- adottare le “Indicazioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 negli hospice e nelle cure palliative domiciliari” di cui al Rapporto ISS COVID-19 n. 62/2020, in **allegato 5** alla presente Ordinanza;

RICHIAMATI il Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 “Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2” Versione del 7 luglio 2020 ed il Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020 “Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19” Versione del 31 maggio 2020;

DATO ATTO altresì che in base all’evoluzione dello scenario epidemiologico regionale, ovvero a provvedimenti emanati a livello nazionale, le misure indicate potranno essere rimodulate;

VISTA la Legge 14 luglio 2020 n. 74 “conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19”;

VISTO il D. Lgs. n. 1/2018;

VISTA la legge 22 maggio 2020, n. 35 “conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 (GURI n.132 del 23 maggio 2020);

VISTO il Decreto Legge 30 luglio 2020, n. 83;

VISTO il Decreto Legge 7 ottobre 2020, n. 125;

VISTO il Decreto Legge 2 dicembre 2020;

VISTO l’art. 117 del Decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

VISTO il Decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267;

DATO ATTO che sussistono le condizioni e i presupposti di cui all’art.32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 per l’adozione di ordinanza in materia di igiene e sanità pubblica, da valersi per l’intero territorio regionale;

ORDINA

per quanto in premessa, ai sensi dell’art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica, ferme restando le misure statali e regionali di contenimento del rischio di diffusione del virus già vigenti, nel territorio regionale, **l’adozione delle misure di seguito indicate:**

1. SI DISPONE la piena applicazione delle misure fissate all’articolo 1 punto 10 lettera dd) del DPCM 3 dicembre 2020 circa il disposto inerente l’accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungodegenza, Residenze Sanitarie Assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, che deve essere limitato ai soli casi indicati dalla Direzione Sanitaria della struttura , che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni d’infezione.

2. Si DISPONE l’adozione delle “**Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali**” -

Versione del 24 agosto 2020 – presenti nel Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2, quale riferimento univoco da considerarsi nella gestione di dette Strutture, riguardo le misure generali per l'implementazione dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza in questi contesti, integrate dalle determinazioni regionali riportate in **allegato 1** alla presente Ordinanza.

3. Si DA' ATTUAZIONE a quanto previsto con la Circolare del Ministero della Salute “**disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura**” del 30 novembre 2020, i cui elementi essenziali sono riportati in **allegato 2** alla presente Ordinanza.

4. Si DA' ATTUAZIONE a quanto previsto con la Circolare n. 0025420-04/12/2020-DGPROGS- del Ministero della Salute “**disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche , psichiche e sensoriali**”, i cui elementi essenziali sono riportati in **allegato 3** alla presente Ordinanza.

5- SI RICHIAMANO PER LA PUNTUALE APPLICAZIONE:

a) la nota prot.153934 del 6 maggio 2020 del Dipartimento Tutela della Salute, con cui sono state diramate le “**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**” oggetto della Circolare del Ministero della Salute del 23 aprile 2020;

b) il Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020 revisione 2 del 28 ottobre 2020 “**Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2**”.

6. SI APPROVANO le linee di indirizzo in **allegato 4 e relative appendici** alla presente Ordinanza, riferite alle Strutture sociali territoriali, residenziali e semiresidenziali soci assistenziali per anziani, disabili, minori e donne in difficoltà.

7. SI ADOTTANO le “Indicazioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 negli hospice e nelle cure palliative domiciliari” di cui al Rapporto ISS COVID-19 n. 62/2020, in **allegato 5** alla presente Ordinanza.

8. SI DA ATTO che gli allegati sono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

9. Restano vigenti le altre disposizioni regionali non in contrasto con quanto previsto nella presente Ordinanza;

10. Salvo che il fatto costituisca reato diverso da quello di cui all'articolo 650 del codice penale, per le violazioni delle disposizioni della presente ordinanza si applica l'articolo 4, comma 1, della legge 22 maggio 2020, n. 35 “conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, come ribadito dalla Circolare del Ministero dell'Interno n. 15350/117/2/1 Uff.III-Prot.Civ. del 7 dicembre 2020.

11. Salvo che il fatto costituisca violazione dell'articolo 452 del codice penale o comunque più grave reato, la violazione della misura divieto assoluto di allontanarsi dalla propria abitazione o dimora per le persone risultate positive al virus e sottoposte alle misure della quarantena o dell'isolamento, applicate dal Sindaco quale Autorità Sanitaria Locale, è punita ai sensi dell'articolo 260 del R.D. 27 luglio 1934, n.1265, Testo unico delle leggi sanitarie, come modificato dal comma 7 del Decreto Legge 25 marzo 2020, n. 19 convertito con la legge 22 maggio 2020, n. 35.

12. Per l'accertamento delle violazioni ed il pagamento in misura ridotta si applica l'articolo 4, comma 3, del decreto-legge n. 19 del 2020 sopra richiamato. Per l'applicazione delle sanzioni di competenza della Regione, quale Autorità Competente all'irrogazione e a ricevere il rapporto, si applica quanto previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 281/2007, con riferimento alla Legge 689/81 e ss.mm.ii. All'atto dell'accertamento delle violazioni, ove necessario per impedire la prosecuzione o la reiterazione della violazione, l'autorità procedente può disporre la chiusura provvisoria dell'attività per una durata non superiore a 5 giorni. Il periodo di chiusura provvisoria è scomputato dalla corrispondente sanzione accessoria definitivamente irrogata, in sede di sua esecuzione. In caso di reiterata violazione della medesima disposizione la sanzione amministrativa è raddoppiata e quella accessoria è applicata nella misura massima.

La presente Ordinanza, per gli adempimenti di legge, è trasmessa al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro della Salute, al Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria, ai Prefetti delle province calabresi, alle Aziende Sanitarie Provinciali e alle Aziende Ospedaliere della Calabria, all'ANCI per la trasmissione ai Sindaci dei Comuni calabresi, all'UPI.

Avverso la presente Ordinanza è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale nel termine di sessanta giorni dalla pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

La presente ordinanza sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione e sul sito istituzionale della Giunta della Regione.

Il Presidente f.f.

Spiri
(F.to digitalmente)

Le “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali” - Versione del 24 agosto 2020 – presenti nel Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2, si intendono qui richiamate per la puntuale applicazione.

In relazione al capitolo “Misure di carattere organizzativo per prevenire l’ingresso di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19 nelle strutture residenziali” e specificamente al paragrafo “Ulteriori misure preventive” è previsto che per l’accesso alle strutture in parola (inclusi i nuovi ingressi programmati o i reingressi dagli ospedali), un periodo di isolamento del soggetto di 14 giorni presso la struttura ospitante, prima della sistemazione definitiva.

Qualora tale procedura non potesse essere tecnicamente applicata, soprattutto riguardo ai soggetti che devono accedere alla fase di riabilitazione più precocemente possibile (ad esempio riabilitazione neurologica), per i quali la permanenza in isolamento potrebbe essere controproducente o determinare inefficacia terapeutica, si riportano di seguito alcune indicazioni regionali alternative, nella gestione degli ingressi nelle strutture di cui trattasi.

1. Per nuovo ingresso o trasferimento per dimissioni protette dall’ospedale alla struttura, può essere previsto, dopo il tampone pre-ricovero ospedaliero (negativo), un tampone in dimissione dall’ospedale (negativo) ed un periodo di isolamento in struttura di destinazione dei giorni residui (fino al quattordicesimo) a partire dal primo tampone pre-ricovero.

Allo scadere del periodo complessivo, dovrà effettuarsi un ulteriore tampone in struttura, prima della sistemazione definitiva ad esito negativo.

Qualora la permanenza in isolamento presso la struttura, calcolata per come sopra, sia ridotta (inferiore a 5 giorni) si indica la necessità di effettuare un tampone al 5°, 10° e 15° giorno dalla dimissione ospedaliera.

2. Per trasferimento dall’ospedale (Terapia intensiva) alla struttura di riabilitazione neurologica, doppio tampone negativo a distanza di 24 ore in dimissione consente l’accesso alla riabilitazione. Procedure specifiche per minimizzare il rischio sono adottate a carico della struttura ricevente, tra le quali dovranno essere previsti i tamponi al 5°, 10° e 15° giorno dalla dimissione ospedaliera.

3. Per ingresso da domicilio verso la struttura, triage del MMG che rilascia certificato anamnestico mirato all’epidemiologia COVID-19 (in particolare dovrà certificare i dati sul soggiorno del paziente negli ultimi 14 giorni, eventuali contatti con parenti provenienti da altre Regioni o con sintomatologia respiratoria, presenza di sintomatologia respiratoria acuta manifestata dal paziente stesso) e tampone negativo 14 giorni prima dell’ingresso in Struttura e nuovo tampone in ingresso con isolamento fino ad esito (negativo).

Le procedure di cui sopra non sostituiscono tutte le altre misure di prevenzione e attenzione dei pazienti (distanziamento, DPI, sanificazione, isolamento ove possibile), ma mirano a intercettare precocemente eventuali infezioni sviluppatasi a seguito dell’esposizione ospedaliera.

Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura.

Le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali, comunque denominate le gli hospice, ospitano persone anziane o disabili che costituiscono una fascia di popolazione particolarmente fragile e a maggior rischio di evoluzione grave se colpita da COVID-19. Per questo motivo si sono rese necessarie misure particolarmente stringenti di prevenzione e controllo delle infezioni per tutelare la salute degli assistiti in queste strutture.

Sulla Gazzetta Ufficiale n. 59 dell'8 marzo 2020 è stato pubblicato il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che ha fornito "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".

Tale decreto prevede, all'articolo 2, comma 1, lettera q), che "l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione".

La predetta disposizione è stata confermata dai successivi decreti, da ultimo dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2020.

D'altra parte, l'attuazione di tali misure, tra cui il distanziamento fisico e le restrizioni ai contatti sociali imposte dalle norme volte al contenimento della diffusione del contagio hanno determinato una riduzione dell'interazione tra gli individui e un impoverimento delle relazioni socioaffettive che, in una popolazione fragile e in larga misura cognitivamente instabile, possono favorire l'ulteriore decadimento psicoemotivo determinando poi un aumentato rischio di peggioramento di patologie di tipo organico. Inoltre, anche i familiari hanno dovuto affrontare la distanza dal proprio caro e la conseguente difficoltà ad offrire sostegno e supporto affettivo in un momento difficile come quello attuale.

In tale contesto si collocano le proposte della "Commissione per la riforma della assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana", istituita presso il Ministero della Salute con DM 8 settembre 2020, riguardanti la ripresa in sicurezza di visite e contatti presso gli anziani in strutture residenziali, che, a partire dall'analisi degli elementi di criticità caratterizzanti il sistema residenziale sociosanitario per la terza età, individuano soluzioni organizzative utili per ripristinare in sicurezza le attività socio-relazionali all'interno delle strutture stesse, altrettanto necessarie quanto quelle sanitarie.

Tenuto conto delle suddette indicazioni e in coerenza con quanto previsto dal rapporto dell'ISS "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali" Versione del 24 agosto 2020, per garantire uniformità di applicazione delle citate disposizioni e per assicurare il pieno accesso in sicurezza di parenti e visitatori presso le strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice, si forniscono ulteriori chiarimenti e indicazioni, ferme restando le specifiche disposizioni adottate nel rispetto della propria autonomia, esercitabile anche attraverso l'adozione di protocolli di sicurezza specifici. Tali indicazioni sono valide nell'attuale contesto di diffusa circolazione del virus.

1. Indicazioni generali

1.1. Poiché l'isolamento sociale e la solitudine rappresentano motivo di sofferenza e importanti fattori di rischio nella popolazione anziana per la sopravvivenza, lo stato di salute fisica e mentale, in

particolare per depressione, ansia e decadimento cognitivo/demenza, come documentato da ampia letteratura scientifica, debbono essere assicurate le visite dei parenti e dei volontari per evitare le conseguenze di un troppo severo isolamento sulla salute degli ospiti delle residenze. Le visite devono essere effettuate in sicurezza tramite adeguati dispositivi di protezione e adeguate condizioni ambientali.

1.2. È necessario che tutte le strutture residenziali approntino adeguate misure perché ad ogni ospite sia data facoltà di collegarsi regolarmente in modalità digitale con i propri congiunti e amici, al fine di scongiurare un isolamento forzato e garantire per quanto possibile occasioni di relazione sociale e affettiva. In particolare, questi strumenti sono fondamentali laddove le condizioni epidemiologiche dell'area in cui si trova la struttura non permettano visite frequenti in presenza.

1.3. Deve essere favorita la ripresa - nel rispetto delle previste misure di contenimento del rischio - delle attività sanitarie e sociosanitarie eventualmente sospese quali, ad esempio, fisioterapia, logopedia e terapia occupazionale e deve essere facilitato - previa adeguata informazione/formazione sul rischio e sulle misure da attuare per mitigarlo - l'apporto degli assistenti sociali, assistenti personali e del volontariato, in considerazione del contributo da essi fornito agli ospiti in termini di mantenimento delle abilità fisiche e socio-relazionali.

1.4. Vanno sviluppate e diffuse buone pratiche nella gestione dei contatti e della rete sociale degli ospiti, sia in presenza che a distanza, e modalità per valutarne l'impatto in termini di efficacia e di sicurezza. Le direzioni sanitarie debbono perciò predisporre un piano dettagliato per assicurare la possibilità di visite in presenza e contatti a distanza in favore degli ospiti delle strutture. Si sollecitano soluzioni tipo "sala degli abbracci" dove un contatto fisico sicuro può arrecare beneficio agli ospiti in generale ed a quelli cognitivamente deboli in particolare; devono comunque essere previsti, per le eventuali diverse tipologie di soluzioni individuate, adeguati protocolli - in particolare, ad esempio, in riferimento alle misure igieniche da rispettare ed ai dispositivi di protezione da indossare - al fine di garantire il contenimento del rischio e la sicurezza degli ospiti, dei lavoratori, dei volontari e dei visitatori.

1.5. Si ricordano le indicazioni per il tracciamento di tutti gli ingressi e l'opportunità di attivare forme di monitoraggio sulle visite e i contatti effettuate nelle residenze.

2. Test antigenici rapidi per i visitatori alle strutture residenziali autorizzati dal direttore della struttura.

Al fine di ristabilire e favorire gli accessi dei visitatori in sicurezza, come già messo in atto in alcune Regioni, si raccomanda di promuovere strategie di screening immediato, tramite la possibilità di esecuzione di test antigenici rapidi ai familiari/parenti/visitatori degli assistiti. Questi test possono essere effettuati direttamente in loco e, in caso di esito negativo, i visitatori sono autorizzati ad accedere alla struttura secondo le indicazioni fornite dal direttore della struttura. In tal modo si coniuga la salvaguardia della salute e la necessità della vicinanza dei propri cari. Nell'attuale contesto epidemiologico, caratterizzato da un'elevata circolazione virale, è altamente probabile il riscontro di soggetti positivi a SARS-CoV-2 che potrebbero trasmettere l'infezione e quindi risulta di fondamentale utilità l'impiego razionale di metodiche di screening che siano validate come riportato dalla circolare del Ministero della Salute del 30 ottobre 2020 n. 35324 "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica".

L'utilizzo dei test antigenici rapidi è ormai riconosciuto a livello internazionale quale strumento di comprovata efficacia soprattutto nelle indagini di screening, al fine di identificare precocemente casi SARS-CoV-2 positivi e mettere in atto strategie di contrasto e contenimento dell'infezione. Il ricorso a tale misura non prescinde dal rispetto e dall'adozione delle indicazioni e precauzioni standard contenute nel Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 Rev. 2, a cui i visitatori autorizzati devono attenersi al fine di prevenire e ridurre il rischio di casi COVID-19. In particolare, è necessario vigilare che i visitatori si attengano scrupolosamente alle indicazioni sui comportamenti da tenere durante l'intera durata del periodo trascorso all'interno della struttura stessa (per ulteriori approfondimenti si rimanda al Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 Rev.2).

3. Test molecolari per lo screening dei nuovi ingressi di assistiti e per il personale delle strutture.

Il test antigenico rapido al momento è indicato in quei contesti in cui sono vantaggiosi l'identificazione e l'isolamento rapido dei positivi a tutela dei soggetti fragili a rischio di complicanze e delle larghe comunità chiuse permettendo, inoltre, una veloce identificazione dei casi evitando così la diffusione del virus. Tuttavia, i test antigenici rapidi attualmente a disposizione hanno una minore sensibilità (ovvero la capacità di rilevare correttamente tutti i soggetti positivi) e il documento del Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica" contenuto nella Circolare del Ministero della Salute n . 35324 del 30 ottobre 2020, specifica che il test molecolare permette di identificare con la massima sensibilità i soggetti positivi per tutelare i fragili a rischio di complicanze e le larghe comunità a rischio di cluster . Il test molecolare è pertanto quello raccomandato per l'ingresso di assistiti in larghe comunità chiuse (RSA, strutture per soggetti con disabilità mentale , altro) e per lo screening degli operatori sanitari/personale che operano in contesti ad alto rischio.

4. Sospensione dell'accesso ai visitatori nelle strutture socioassistenziali e socio sanitarie qualora sia presente un caso Covid-19 o un focolaio in atto.

Il mantenimento delle strutture socioassistenziali e socio sanitarie quanto più possibile COVID -free è indispensabile per la salute degli assistiti e di tutto il personale operante all'interno. Tuttavia, qualora si verificasse l'insorgenza di una positività in un soggetto, come previsto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev 2, è necessario sospendere le visite. Le visite agli assistiti in isolamento o in quarantena possono essere tuttavia consentite in casi selezionati secondo la valutazione dei Direttori delle strutture e in base alle possibilità delle stesse di gestire in modo completamente autonomo (es. aree completamente separate e con staff differenziato) le aree con pazienti COVID-19 da quelle con gli assistiti negativi.

In questo contesto le strutture devono assicurare il potenziamento della possibilità di relazioni a distanza con diverse modalità e garantire costante informazione sullo stato di salute degli ospiti ai propri familiari.

5. Sospensione di nuovi ingressi nelle strutture residenziali socio sanitarie e socio assistenziali con casi tra gli assistiti.

Alla luce delle difficoltà a definire in tempi brevi l'effettiva circolazione del virus all'interno di una struttura in cui un assistito è risultato positivo , a causa del tempo di incubazione che può arrivare anche a 14 giorni, si raccomanda di sospendere gli ingressi di nuovi assistiti nella struttura sino alla risoluzione del focolaio . Può essere considerato l'ingresso di nuovi assistiti in caso siano presenti assistiti positivi, secondo la valutazione dei Direttori delle strutture e in base alle possibilità delle stesse di gestire in modo completamente autonomo (es. aree completamente separate e con staff differenziato) le aree con pazienti COVID-19 da quelle con gli assistiti negativi.

6. Hospice.

Nelle strutture residenziali la visita può essere autorizzata in situazioni di fine vita di assistiti affetti da COVID-19, dalla Direzione della struttura, previa appropriata valutazione dei rischi-benefici. In particolare, negli hospice, considerata la loro natura, questa pratica deve essere quanto più possibile applicata. Le persone autorizzate dovranno comunque essere in numero limitato e osservare tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2. Nelle situazioni di fine vita, su richiesta dell'assistito o dei familiari, si consideri anche di autorizzare l'assistenza spirituale, ove non sia possibile attraverso modalità telematiche, con tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2. Può essere

considerato l'ingresso di nuovi assistiti in caso siano presenti assistiti positivi, secondo la valutazione dei Direttori delle strutture sentiti i risk manager.

7. Misure organizzative e di prevenzione delle infezioni.

Si raccomanda alle Direzioni delle strutture di attuare tutte le misure di prevenzione delle infezioni e di programmazione e la gestione delle visite di cui al Rapporto ISS n. 4/2020, nella sua versione più aggiornata, in particolare quelle previste nel paragrafo "Misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19 nelle strutture residenziali". Si raccomanda altresì di attuare la formazione specifica degli operatori della struttura così come previsto nel paragrafo "Formazione e addestramento del personale per la corretta adozione delle misure di prevenzione, protezione e precauzioni di isolamento" del sopracitato Rapporto ISS n. 4/2020 nonché di vigilare sul rispetto delle misure igieniche e di prevenzione individuate per il contenimento del rischio, da parte degli operatori, volontari, ospiti e visitatori della struttura.

ALLEGATO 3

Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali.

Le persone con disturbi mentali e con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, ospiti in strutture residenziali comunque denominate, comunità terapeutiche, gruppi di convivenza, case di cura accreditate, residenze sanitarie per disabili, che afferiscono ai Dipartimenti di salute mentale e ai Servizi Disabili Adulti necessitano della massima attenzione nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da COVID-19.

La sofferenza emotiva e relazionale legata alla pandemia e alle misure predisposte per contenerla può impattare negativamente sulla loro salute e sul loro benessere.

Nella prima fase emergenziale, le misure adottate per ridurre il rischio di trasmissione di SARS-CoV-2 tra i residenti e gli operatori, il distanziamento fisico e le restrizioni ai contatti sociali hanno determinato una riduzione dell'interazione interpersonale e un impoverimento delle relazioni socioaffettive che possono favorire un aumento del disagio, della sofferenza e del senso di isolamento. Anche i familiari hanno dovuto affrontare la distanza dal proprio caro e la conseguente difficoltà ad offrire sostegno e supporto affettivo in un momento particolarmente difficile. Nell'attuale fase emergenziale al fine di preservare il benessere psicosociale degli ospiti e dei familiari occorre assicurare che le visite siano effettuate e che avvengano in sicurezza prevedendo adeguati dispositivi di protezione e adeguate condizioni ambientali evitando, laddove possibile, la sospensione di tutti i contatti con l'esterno.

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020, all'articolo 2, comma 1, lettera q), prevede che "l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione".

La predetta disposizione è stata confermata dai successivi decreti, da ultimo dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2020.

Per quanto riguarda specificamente la salute mentale, si richiama quanto previsto nella circolare del Ministero della Salute n. 14314 del 23 aprile 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 sottolinea che le indicazioni inerenti le misure di contrasto alla diffusione dei contagi sono in continuo aggiornamento e potrebbero subire variazioni in relazione all'evoluzione del contesto epidemiologico e organizzativo.

Il presente provvedimento tiene conto anche degli elementi di proposta formulati dalla “Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana” istituita presso il Ministero della Salute con DM 8 settembre 2020.

Tenuto conto che il perdurare delle condizioni d'isolamento sociale e di solitudine rappresenta motivo di crescente sofferenza e fattore di rischio per il benessere degli ospiti, è necessario assicurare un regime di contatti e/o di visite fra gli ospiti e le persone a loro cure, occasioni di uscite fuori dalla residenza, nel rispetto delle misure di sicurezza tenuto conto del contesto epidemiologico dell'area geografica di riferimento. Importanti indicazioni, in questo senso, sono contenute nel Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020 Rev. 2 “Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e /o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2” Versione del 28 ottobre 2020 e nel Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020 “Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19” - Versione del 31 maggio 2020.

Le visite e i contatti vanno programmati secondo un criterio composito che tenga debitamente conto sia della necessità di ridurre i rischi di contagio, sia degli insopprimibili bisogni di relazione delle persone con i loro familiari/amici/visitatori.

Vengono qui menzionati alcuni principi che devono essere rispettati dalle strutture per garantire la sicurezza della comunità dei residenti e degli operatori e per preservare il loro benessere relazionale e affettivo (si vedano il Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 e il Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020, sopra citati, per maggiori dettagli sulla prevenzione e controllo delle infezioni).

1. Accesso di familiari e visitatori

Preparazione della struttura

- stabilire un protocollo scritto per le visite con regole prestabilite che possa essere consultato dai familiari che richiedano le visite e assicurarsi che sia correttamente recepito e applicato;
- predisporre dispenser di gel per l'igiene delle mani all'ingresso della struttura, nelle aree dedicate alla visita e all'uscita dalla struttura;
- predisporre appositi percorsi di visita per limitare il transito dei visitatori nelle aree comuni, con percorsi di entrata e di uscita separati nelle strutture residenziali e con opportuni accorgimenti per limitare i rischi di contagio nei gruppi di convivenza o nelle piccole comunità;
- allestire aree dedicate alle visite in locali appositamente adibiti, separate dalle aree comuni o, ove possibile, all'aperto;
- affiggere nelle aree di transito e di visita infografiche e/o poster contenenti tutte le informazioni utili ai visitatori per una visita in sicurezza, ricordando i comportamenti che essi devono tenere durante il tempo della visita;
- predisporre servizi igienici dedicati ad utilizzo esclusivo da parte dei visitatori;
- rafforzare gli strumenti di comunicazione a distanza, in modo tale da fornire opportunità relazionali aggiuntive.

Prima della visita

- permettere gli accessi dei familiari e delle altre persone che non fanno parte dello staff (visitatori/volontari), nelle modalità programmate dalla direzione sanitaria, sentiti i bisogni degli ospiti e dei familiari, tenendo ampio l'arco di tempo in cui si effettuano le visite, onde evitare affollamenti che risulterebbero di difficile gestione da parte degli operatori nel rispetto delle regole di precauzione;
- invitare, ove possibile, le famiglie a identificare un solo familiare per le visite al fine di limitare il numero di persone esterne che accedono alla residenza;

Al momento della richiesta della visita:

- adottare un sistema di valutazione (es. triage telefonico) delle condizioni di salute della persona che richiede la visita su eventuali segni e sintomi recenti, contatti stretti con casi COVID-19, condizione presente di quarantena o isolamento domiciliare per impedire, in questi casi, l'accesso e il contatto con i residenti;
- fornire informazioni sul previsto svolgimento della visita e raccomandazioni sul comportamento che dovrà essere adottato all'interno della residenza nonché nel quotidiano;
- fornire anticipatamente ai visitatori materiale informativo, anche attraverso mezzi informatici;
- informare la persona residente nella struttura della visita programmata e delle modalità di mitigazione del rischio (distanziamento fisico, igiene delle mani, corretto utilizzo dei dispositivi di protezione) da attuare.

Al momento della visita:

- tenere traccia di tutti gli ingressi di coloro che non fanno parte dello staff per almeno 14 giorni, in modo da consentire, in caso di necessità, lo svolgimento rapido delle attività di contact tracing;
- effettuare all'ingresso la misurazione della temperatura corporea (con termometri che non prevedono il contatto) e richiedere ai visitatori informazioni su eventuali condizioni che potrebbero essere ostative, attraverso la compilazione di appropriata modulistica (cfr Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 Rev.2);
- promuovere, come già messo in atto in alcune Regioni, strategie di screening immediato, tramite l'esecuzione di test antigenici rapidi ai familiari/parenti/visitatori, effettuati direttamente in loco; in caso di esito negativo, i visitatori sono autorizzati ad accedere alla struttura secondo le indicazioni fornite dal direttore sanitario; tale strategia può essere considerata un valido strumento per coniugare la salvaguardia della salute e il mantenimento di relazioni con i propri cari (cfr. Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 Rev.2);
- all'ingresso della residenza i visitatori devono effettuare una attenta igiene delle mani con il gel idroalcolico messo a disposizione dalla struttura stessa e indossare la mascherina eventualmente fornita dalla residenza. I visitatori non devono indossare guanti a meno che essi non siano stati forniti dalla struttura e indossati all'interno della stessa dopo l'igiene delle mani. Richiedere che i visitatori indossino correttamente e per tutto il tempo della visita una mascherina medica o chirurgica o altro DPI appropriato a seconda della valutazione del rischio da parte della struttura;
- evitare di norma i contatti fisici e la condivisione di oggetti tra visitatori e residenti e richiedere sempre il rispetto della distanza fisica di almeno un metro;
- prevedere un tempo adeguato e personalizzato di permanenza di ogni visitatore per favorire il rispetto delle regole comportamentali, la qualità della relazione e la compatibilità con la vita comunitaria;
- definire modalità per garantire il rispetto delle regole da parte dei visitatori, possibilmente con un monitoraggio del loro comportamento all'interno della struttura;
- prevedere la possibilità da parte dei parenti di consegnare effetti personali ai pazienti ricoverati affidandoli al personale in servizio all'ingresso della struttura;

- limitare quanto più possibile gli spostamenti dei visitatori nella struttura al di fuori dei percorsi prestabiliti;
- impedire ai visitatori, se possibile, l'accesso all'area di vita comunitaria (se non per casi eccezionali).

Modalità relazionali e mezzi di comunicazione a distanza

Al fine di garantire una proficua relazione fra ospiti, familiari e visitatori, nonché fra familiari ed equipe di cura si raccomanda di assicurare anche modalità relazionali a distanza:

- videochiamate dell'ospite a familiari o amici, tramite l'abilitazione di smartphone aziendali utilizzati esclusivamente per questo servizio o di telefoni personali;
- utilizzo degli spazi esterni per permettere al familiare e all'ospite di comunicare attraverso la finestra, direttamente o telefonicamente;
- colloqui telefonici dei familiari con i medici della struttura per avere informazioni sui loro cari ricoverati, ogni giorno in fasce orarie prestabilite.

2. Aspetti operativi a garanzia della prevenzione e del controllo del contagio

Test antigenici rapidi per i visitatori.

Al fine di ristabilire e favorire gli accessi dei visitatori in sicurezza, come già messo in atto in alcune Regioni, si raccomanda di promuovere strategie di screening immediato, tramite la possibilità di esecuzione di test antigenici rapidi ai familiari/parenti/visitatori degli assistiti. Questi test possono essere effettuati direttamente in loco e, in caso di esito negativo, i visitatori sono autorizzati ad accedere alla struttura secondo le modalità prima definite. Tale strategia può essere considerata un valido strumento per coniugare la salvaguardia della salute e la necessità della vicinanza dei propri cari. Nell'attuale contesto epidemiologico, caratterizzato da un'elevata circolazione virale, è altamente probabile il riscontro di soggetti positivi a SARS-CoV-2 che potrebbero trasmettere l'infezione e quindi risulta di fondamentale utilità l'impiego razionale di metodiche di screening che siano validate come riportato dalla circolare del Ministero della Salute del 30 ottobre 2020, n. 35324 "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica".

L'utilizzo dei test antigenici rapidi è ormai riconosciuto a livello internazionale quale strumento di comprovata efficacia soprattutto nelle indagini di screening, al fine di identificare precocemente casi SARS-CoV-2 positivi e mettere in atto strategie di contrasto e contenimento dell'infezione. Il ricorso a tale misura non prescinde dal rispetto e dall'adozione delle indicazioni e precauzioni standard contenute nel Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 Rev. 2, a cui i visitatori devono attenersi. In particolare, è necessario vigilare che i visitatori si attengano scrupolosamente alle indicazioni sui comportamenti da tenere durante l'intera durata del periodo trascorso all'interno della struttura stessa (per ulteriori approfondimenti si rimanda al Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 Rev.2).

Test molecolari per lo screening dei nuovi ingressi di assistiti e per il personale delle strutture.

Il documento del Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica" contenuto nella Circolare del Ministero della Salute 35324 del 30 ottobre 2020, specifica che il test molecolare permette di identificare con la massima sensibilità i soggetti positivi per tutelare i fragili a rischio di complicanze a rischio di cluster. Per l'ingresso di nuovi assistiti in strutture residenziali di qualunque tipologia è pertanto raccomandato il test molecolare. Il test molecolare è altresì raccomandato per gli operatori sanitari/personale che operano in contesti ad alto rischio.

Sospensione dell'accesso ai visitatori, qualora sia presente un caso Covid-19 o sia in atto un focolaio.

Mantenere COVID-free le strutture residenziali, è indispensabile per la salute degli assistiti e di tutto il personale operante all'interno. Qualora si verificasse l'insorgenza della positività in un soggetto è necessario sospendere le visite. Tuttavia, solo in casi eccezionali, le visite agli assistiti in isolamento o in quarantena possono essere consentite, in casi selezionati previa valutazione del responsabile della struttura e in base alle possibilità di gestire in modo completamente autonomo e separato (es. aree completamente separate e con staff differenziato) le aree con pazienti COVID- 19 rispetto agli altri.

In questo contesto le strutture devono assicurare il potenziamento delle relazioni a distanza con diverse modalità e garantire costante informazione sullo stato di salute dei residenti ai familiari.

Sospensione di nuovi ingressi qualora sia presente un caso COVID- 19 o sia in atto un focolaio.

In caso di presenza di un Covid-19 positivo o di un focolaio, si raccomanda di sospendere gli ingressi di nuovi assistiti nella struttura sino alla risoluzione del focolaio . Solo in casi eccezionali , può essere considerato l'ingresso di nuovi assistiti in caso siano presenti assistiti positivi, previa valutazione del responsabile della struttura e in base alle possibilità di gestire in modo completamente autonomo e separato (es. aree completamente separate e con staff differenziato) le aree con pazienti COVID-19 dagli altri.

3. Garantire il benessere psicosociale dei residenti

Al fine di garantire il benessere psicosociale dei residenti, si ritiene opportuno ribadire alcune azioni da intraprendere all'interno della struttura per mitigare i disagi causati dalle misure di prevenzione introdotte per contrastare la pandemia.

È opportuno definire uno o più momenti della giornata in cui le persone con disturbi mentali e con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali possano esprimere il loro pensiero, le loro critiche e i loro desideri rispetto alla riorganizzazione emergenziale della residenza. Questi pareri potrebbero riguardare aspetti quali le opzioni per i pasti, le preferenze per le attività o la loro distribuzione nell'arco della giornata , la frequenza delle relazioni con l'esterno o le uscite dalla struttura . Particolarmente utile può essere l'informazione preventiva va ad assistiti e familiari sulle linee di riferimento per una eventuale riorganizzazione. Va promossa l'attività fisica dei residenti e le uscite in cortili, giardini o aree esterne all'edificio (ove presenti); va mantenuta la possibilità di uscite all'esterno della struttura secondo i progetti terapeutici riabilitativi individuali (si veda il Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020 Rev. 2 per maggiori dettagli sulle modalità e sulle precauzioni relative alla fase di rientro dei residenti nella struttura).

Qualora uno o più residenti dovessero essere sottoposti a isolamento /quarantena è importante prevedere una riorganizzazione delle attività che possa ridurre i rischi di scompensamento psichico e comportamentale derivati dall'impossibilità di svolgere le usuali attività ed in particolare quelle all'aperto. In questa situazione è ancor più importante garantire il massimo coinvolgimento attivo delle persone con disturbi mentali e con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali nella programmazione e nella scelta delle diverse attività da svolgere nella residenza.

Per le persone in isolamento è necessario che la struttura provveda all'organizzazione di nuove attività strutturate e modulari per evitare l'aumento della solitudine e della sofferenza, tenendo presente che le attività di gruppo rimangono sospese per coloro che sono in isolamento e quarantena.

È raccomandato condividere con i residenti le strategie e soluzioni di prevenzione che la struttura ha individuato, supportandoli nell'elaborazione emotiva e nella identificazione preventiva di modalità che possano rendere più accettabile un eventuale isolamento.

In base all'andamento locale della pandemia è appropriato prevedere , in linea con quanto previsto dal DPCM 11 giugno 2020, all'art. 9, la riattivazione, laddove possibile, dei percorsi di inclusione sociale

nell'ambito delle diverse attività offerte dai servizi di comunità. Andranno quindi individuate azioni che da un lato possano ridurre il rischio di contagio ma, allo stesso tempo, possano anche garantire alla persona con disturbi mentali e con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, un rapporto con il contesto di appartenenza e il prosieguo del Progetto di vita della Persona; previa adozione delle adeguate misure di prevenzione e azioni di sorveglianza sanitaria con una puntuale rilevazione dello stato di salute.

ALLEGATO 4

Linee di indirizzo Strutture sociali territoriali residenziali e semiresidenziali socio assistenziali per anziani, disabili, minori e donne in difficoltà

Premessa

Le strutture residenziali e semiresidenziali socio assistenziali dedicate ad anziani, persone con disabilità, minori, adulti in difficoltà, presentano delle caratteristiche che richiedono una particolare attenzione nelle strategie di sanità pubblica finalizzate al contenimento della diffusione di SARS-CoV-2 in tali contesti di vita.

La popolazione ospite delle strutture residenziali per anziani, che nella maggior parte dei casi è costituita da soggetti di età superiore ai 65 anni, autosufficienti e non, rappresenta una categoria particolarmente fragile e a maggior rischio di infezione da SARS-CoV-2, con alta tendenza a sviluppare una forma severa con evoluzione potenzialmente grave della malattia.

Nelle strutture residenziali e semiresidenziali socio assistenziali sono, inoltre, ospitati anche persone con disabilità, con patologie psichiatriche, persone più vulnerabili rispetto alla popolazione generale a causa delle peggiori condizioni di salute in quanto maggiormente esposte a fattori di rischio.

Vi sono servizi diurni e residenziali per minori e per adulti in difficoltà che pur non presentando necessariamente specifiche problematiche di carattere sanitario, hanno necessità di socializzazione, di studio, lavorative, che impongono uno scambio costante con l'esterno dei servizi, con conseguente aumento del rischio di contagio.

Infine, anche nei luoghi chiusi il virus può essere introdotto e circolare tramite il personale lavorativo, i nuovi ingressi o i familiari in visita. All'interno di comunità residenziali, quali possono essere, ad esempio, anche le comunità educative per minori o le case per donne in difficoltà con o senza figli, i primi casi sospetti vanno tempestivamente diagnosticati per identificare rapidamente i focolai e garantire adeguate misure di contenimento.

Pertanto, nello scenario epidemiologico attuale, è necessaria la massima attenzione nei confronti di tali gruppi di popolazione nell'ambito delle strategie regionali di prevenzione e controllo dell'epidemia. I dati ad oggi disponibili evidenziano che la diffusione di SARS-CoV-2 ha avuto un impatto rilevante nelle categorie sopracitate, in particolare nei soggetti più anziani e in coloro che presentano delle condizioni cliniche che espongono ad un maggior rischio di complicanze.

Considerato, da un lato, l'andamento attuale dell'epidemia con il connesso tendenziale allentamento del distanziamento sociale e, dall'altro, l'elevato fabbisogno assistenziale delle categorie più fragili, si ritiene di dare indicazioni al fine di permettere alle strutture residenziali e semiresidenziali di garantire il servizio di assistenza con la massima sicurezza e nel rispetto delle disposizioni per il contenimento dell'epidemia in atto, riducendo il rischio di infezione da SARS-CoV-2 negli ospiti e negli operatori. Risulta necessario rafforzare ulteriormente alcune misure di prevenzione e contrasto alla diffusione del virus all'interno delle suddette strutture, al fine di gestire con maggior sicurezza sia l'accesso di nuovi ospiti autosufficienti e non, che non sono assistibili a domicilio, supportando le famiglie sulle quali durante il periodo emergenziale ha gravato il lavoro di cura e di assistenza, sia le visite in struttura da parte di familiari e/o conoscenti, considerato il loro valore affettivo e sociale, di particolare rilevanza per il benessere psico-fisico delle persone istituzionalizzate.

Occorre inoltre stabilire protocolli di salvaguardia per quei servizi che sono necessariamente aperti allo scambio con l'esterno, per i bisogni specifici dell'utenza (minori o adulti con necessità lavorative e di studio), o perché operanti a regime semi residenziale.

Le indicazioni di seguito formulate trovano, quindi, applicazione nei confronti di anziani, adulti in difficoltà, persone con disabilità, minori, compatibilmente con le specificità di detti target di utenza e di ogni singola struttura. Le presenti Linee di indirizzo per le Strutture semiresidenziali e residenziali socio assistenziali per anziani, adulti in difficoltà, persone con disabilità, minori, costituiscono indicazioni valide per la gestione dell'attuale scenario epidemiologico e andranno rivalutate nel tempo in considerazione delle eventuali nuove indicazioni di carattere scientifico, delle raccomandazioni nazionali ed internazionali e in funzione dell'evoluzione dell'epidemia. Cambiamenti significativi della situazione epidemiologica o di altre variabili di contesto comporteranno l'aggiornamento del documento.

Le indicazioni di cui al presente provvedimento vanno adattate ad ogni singola struttura, individuando le misure più efficaci in relazione al contesto specifico e vanno applicate integrandole con le Linee di indirizzo di cui al documento approvato dal Ministero della Salute prot. N. 9245/COVID del 30 novembre 2020.

1. Misure generali di prevenzione e protezione valide per tutte le tipologie di servizi

Le misure generali di prevenzione e mitigazione del rischio non derogabili, in quanto fattori di protezione "chiave" in ogni contesto di comunità (strutture residenziali e semiresidenziali per persone con disabilità, persone affette da patologie psichiatriche, minori, anziani, adulti in difficoltà, le case per donne in difficoltà con o senza figli) includono le seguenti azioni e comportamenti igienico-sanitari standard rispetto ai quali l'ente gestore deve provvedere sensibilizzando gli ospiti/utenti e gli operatori:

- praticare frequentemente l'igiene delle mani con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi o con soluzioni/gel a base alcolica e in tutti i momenti raccomandati (prima e dopo il contatto interpersonale, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo il contatto con le superfici);
- evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;
- tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;
- evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori;
- in caso di febbre e/o sintomi respiratori (e/o gastrointestinali in particolare nei bambini) non uscire di casa e contattare il proprio medico curante;
- indossare la mascherina ed eseguire l'igiene delle mani prima di indossarla e dopo averla rimossa ed eliminata;
- praticare un'accurata igiene degli ambienti e delle superfici con particolare attenzione a quelle che più frequentemente vengono toccate o manipolate o sulle quali possono depositarsi goccioline prodotte con il respiro, il parlato o colpi di tosse e starnuti;
- aerare frequentemente i locali e privilegiare le attività all'aria aperta evitando i luoghi chiusi e affollati.

Nell'obiettivo di garantire il distanziamento interpersonale ed evitare assembramenti di persone all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali, a tutela sia degli ospiti/utenti sia dei visitatori/fornitori, si raccomanda che gli enti gestori, d'intesa con il Medico Competente e il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, provvedano ad organizzare gli accessi alla struttura secondo criteri che riducano il più possibile il numero di persone compresenti, rendendolo compatibile con gli spazi disponibili.

2. Protocolli specifici per le visite di familiari e altri congiunti nelle strutture

Considerato il benessere psico-fisico degli ospiti delle strutture residenziali per il quale risulta fondamentale la dimensione affettiva e sociale della relazione con i familiari e/o altri congiunti, tenuto conto, a questo riguardo, dell'attuale andamento del trend epidemiologico, si precisa che le visite sono consentite nel quadro delle misure generali di prevenzione e protezione di cui al

Al fine di ristabilire e favorire gli incontri con i familiari/congiunti, gli enti gestori provvedono mediante specifici protocolli per l'accesso di familiari e visitatori che contemplino:

- ridurre al minimo l'accesso alla struttura da parte di familiari, consentendolo solo nei casi strettamente necessari e, previa appropriata valutazione dei rischi-benefici da parte del Coordinatore/Responsabile della struttura, anche in considerazione dell'andamento epidemiologico
- consentire ingressi limitati e scaglionati, limitando il numero di visitatori contemporaneamente presenti, secondo una specifica organizzazione che consenta lo svolgimento delle visite nel rispetto delle regole di distanziamento sociale, provvedendo mediante la prenotazione degli accessi dei visitatori così da evitare assembramenti anche negli spazi dedicati all'attesa dell'ingresso e compatibilmente con gli spazi disponibili;
- al momento della prenotazione l'ente gestore valuta lo stato di salute del visitatore attraverso la compilazione di un breve questionario come da Allegato 1 (checklist);
- sottoscrizione preventiva di un patto di responsabilità reciproca tra l'ente gestore della struttura residenziale e i familiari/congiunti dell'ospite, come da Allegato 2, per il rispetto delle regole di contrasto alla diffusione del virus che prevede, tra l'altro, l'autodichiarazione circa la non presenza nell'ambito del proprio nucleo familiare di persone con sintomi di malattia respiratoria caratterizzata da febbre, nel caso in cui un componente del nucleo familiare dovesse presentare questi sintomi nei giorni successivi la visita, l'impegno ad informare la struttura;
- conservare l'elenco delle prenotazioni e delle visite per un periodo di 14 giorni, il questionario relativo allo stato di salute (checklist di cui all'Allegato 1) viene riproposto al momento dell'accesso del visitatore e viene datato e controfirmato dallo stesso;
- controllo dei visitatori rispetto al rischio di infezione da SARS -CoV-2 e divieto di accesso alla struttura da parte di visitatori che presentino segni o sintomi suggestivi dell'infezione (tosse, difficoltà respiratoria, congiuntivite) caratterizzata da febbre ($> 37,5^{\circ}\text{C}$), o che risultano contatti stretti di persona sospetta o confermata COVID-19;
- utilizzo costante e corretto della mascherina chirurgica da parte di tutti i visitatori;
- prevedere l'utilizzo della mascherina chirurgica anche da parte degli ospiti che ricevono le visite;
- far eseguire al visitatore l'igiene delle mani all'ingresso in struttura;
- preferire per le visite, in particolare per la stagione primaverile ed estiva e compatibilmente con le condizioni dell'ospite, gli spazi esterni nel rispetto delle regole di igiene e sicurezza ed in ogni caso individuare locali separati per le visite;
- escludere, in questa fase, ogni accesso di familiari e/o altri congiunti all'interno dei nuclei di degenza; è possibile una deroga solo per i casi di estrema necessità o indifferibilità (es. nel caso di fine vita) e su autorizzazione della Direzione sanitaria o, per le strutture che non prevedono questa figura, su autorizzazione dell'ente gestore d'intesa con il Medico curante di riferimento, che provvederà a definire anche le modalità di accesso in sicurezza;
- per le visite condotte all'interno della struttura individuare spazi e luoghi dedicati, che garantiscano il rispetto del distanziamento sociale e delle norme igieniche;
- limitare al minimo il transito del visitatore per gli spazi comuni, prevedendo per le visite orari adeguati e compatibili alle restanti attività di ospiti e operatori;
- idonea aerazione del locale dove è avvenuta la visita;
- detersione e sanificazione degli ambienti al termine della visita con particolare attenzione agli elementi che vengono più frequentemente toccati con le mani e alle superfici di appoggio;
- presenza di dispenser di soluzione idroalcolica nello spazio dove avviene la visita.

2.1. Sensibilizzazione e formazione dei visitatori e degli utenti

L'adeguata sensibilizzazione e formazione dei visitatori, e degli stessi utenti nei limiti delle differenti capacità ed autonomie, sono fondamentali nella prevenzione e nel controllo dei casi di COVID -19, anche in considerazione delle difficoltà che si possono incontrare nel far seguire le norme agli ospiti,

proprio per le loro particolari situazioni di fragilità . Per tale motivo i metodi devono essere il più possibile adattati e resi compatibili con gli specifici target di utenza e con le realtà locali. La sensibilizzazione e la formazione devono concentrarsi sul rispetto delle seguenti misure:

- evitare strette di mano, baci e abbracci;
- igiene delle mani, in particolare dopo l'utilizzo del bagno e prima di mangiare: lavaggio con acqua e sapone e asciugatura con salvietta monouso, o frizione con soluzione idroalcolica;
- igiene respiratoria: tossire e starnutire coprendo naso e bocca usando fazzoletti o nella piega del gomito; i fazzoletti dovrebbero essere preferibilmente di carta e dovrebbero essere smaltiti in una pattumiera chiusa;
- mantenersi a distanza di almeno 1 metro dalle altre persone;
- utilizzo di mascherina sempre correttamente posizionata;
- evitare di condividere oggetti con altri residenti, come asciugamani, salviette e lenzuola, piatti, bicchieri, posate, cibo, ecc.

Se possibile, la sensibilizzazione, l'educazione e la formazione degli utenti e dei visitatori dovrebbero basarsi su sessioni di breve durata (non più di 30 o 60 minuti), e includere esercitazioni pratiche o anche ricreative (ad esempio, dimostrazioni sulle pratiche per l'igiene delle mani e respiratoria, video, canzoni sull'igiene delle mani, ecc.).

Queste attività dovrebbero essere supportate da poster e altri supporti audiovisivi (cartoline, volantini, ecc.). L'utilizzo di social media può anche essere considerato utile, soprattutto per sensibilizzare i visitatori.

Per rafforzare la sensibilizzazione e la formazione del personale, degli ospiti e dei visitatori è importante utilizzare promemoria visivi come poster, cartelli, volantini, screen-saver che dovrebbero, ad esempio, insistere sull'igiene delle mani, sul distanziamento sociale e altre precauzioni, nonché sulla necessità di monitorare il proprio buono stato di salute. Inoltre, è importante utilizzare tali strumenti (opuscoli informativi, poster) per informare adeguatamente i familiari sull'importanza della gestione delle visite secondo le modalità e le misure di prevenzione e protezione indicate ai paragrafi precedenti onde contenere al massimo il rischio di diffusione dell'infezione all'interno della struttura residenziale. Messaggi e promemoria visivi possono anche essere diffusi attraverso i social media. L'I.S.S. ha preparato una sezione del proprio sito web dove scaricare documenti tecnici e infografiche.

2.2. Fornitori, manutentori e altri operatori esterni

Per l'accesso di fornitori esterni devono essere individuate procedure di ingresso, transito e uscita, mediante modalità, percorsi e tempistiche predefinite, al fine di ridurre le occasioni di contatto con il personale in forza nelle strutture/uffici coinvolti.

Se possibile, gli autisti dei mezzi di trasporto devono rimanere a bordo dei propri mezzi: non è consentito l'accesso alle strutture/uffici per nessun motivo. Per le necessarie attività di approntamento delle attività di carico e scarico, il trasportatore dovrà attenersi alla rigorosa distanza di un metro.

Tutti i fornitori, manutentori e altri operatori esterni che accedono alla struttura devono sempre utilizzare idonei dispositivi di protezione, con particolare attenzione alla mascherina, sempre ben posizionata, e praticare un'accurata igiene delle mani.

La loro permanenza nei locali deve essere limitata al tempo strettamente necessario per l'effettuazione delle attività specifiche. La consegna della merce deve avvenire attraverso un unico ingresso per un maggior controllo, seguendo percorsi prestabiliti dal responsabile della struttura.

Il personale della struttura deve monitorare la temperatura di fornitori, manutentori e/o altri operatori esterni, attraverso termometri a distanza o termo-scanner fissi, e indagare l'eventuale presenza di sintomi di infezione respiratoria acuta, vietando l'ingresso qualora fossero riscontrati febbre o altra sintomatologia indicativa di infezione.

Per gli operatori/fornitori/manutentori esterni, la cui attività all'interno della struttura comporta vicinanza agli ospiti e una prolungata permanenza negli ambienti di vita dei suddetti, si richiede la

compilazione del questionario di cui all'Allegato 1.

Per fornitori/trasportatori e/o altro personale esterno è fatto divieto dei servizi igienici del personale dipendente e garantire una adeguata pulizia giornaliera.

È vietato l'accesso ai visitatori, salvo diverse disposizioni della direzione legate ad esigenze specifiche. Qualora fosse necessario l'ingresso di visitatori esterni, gli stessi dovranno sottostare a tutte le regole dell'associazione, ivi comprese quelle per l'accesso ai locali delle strutture/uffici.

Ove presente un servizio di trasporto organizzato dall'associazione va garantita e rispettata la sicurezza dei lavoratori lungo ogni spostamento.

Le norme del presente Protocollo si estendono alle aziende in appalto che possono organizzare sedi e cantieri permanenti e provvisori all'interno dei siti.

In caso di lavoratori dipendenti da aziende terze che operano nello stesso sito (es. manutentori, fornitori, addetti alle pulizie o vigilanza) che risultassero positivi al tampone COVID-19, l'appaltatore dovrà informare immediatamente il committente ed entrambi dovranno collaborare con l'autorità sanitaria fornendo elementi utili all'individuazione di eventuali contatti stretti.

L'azienda committente è tenuta a dare, all'impresa appaltatrice, completa informativa dei contenuti del Protocollo aziendale e deve vigilare affinché i lavoratori della stessa o delle aziende terze che operano a qualunque titolo nel perimetro aziendale, ne rispettino integralmente le disposizioni.

3. Nuovi ingressi e riammissioni in struttura residenziale per anziani

Fatta salva la disciplina vigente per gli inserimenti nelle strutture residenziali specifica per ciascun target di utenza oggetto del presente atto, l'accoglimento di nuovi ospiti deve avvenire nel rispetto delle indicazioni già fornite a livello nazionale, che con il presente atto vengono confermate e opportunamente aggiornate in relazione all'andamento del trend epidemiologico.

Si precisa che l'accoglimento di eventuali nuovi ospiti è permesso solo nelle strutture residenziali in cui non sono presenti ospiti COVID-19 positivi (COVID-free); laddove presenti, l'accoglimento in parola è permesso solo nel caso in cui il modello strutturale -organizzativo garantisca una netta separazione delle attività dedicate agli ospiti COVID-19 positivi.

3.1. Nuovi ingressi

I nuovi eventuali ingressi dovranno avvenire sulla base delle attuali modalità di accesso che consentono di dare precedenza alle persone la cui gravità unita al prolungato permanere al domicilio sta causando problemi di tipo sanitario (fisico e psichico) e sociale alla persona e alla famiglia.

3.1.1. Area di accoglienza temporanea

I nuovi ingressi dovranno avvenire a seguito di esito di tampone negativo. Nel caso in cui, per motivi di urgenza, si dovesse procedere all'inserimento prima dell'esito del tampone, il nuovo utente dovrà essere posto in quarantena. A tal fine l'ente gestore dovrà allestire un'area (camere possibilmente con bagno) di accoglienza temporanea dedicata ai nuovi ospiti con l'adozione di misure idonee a garantire adeguato distanziamento sociale, allo scopo di attuare un'ulteriore barriera contro la diffusione del virus da soggetti in una possibile fase di incubazione. Devono essere attuate, secondo specifica organizzazione interna, tutte le misure idonee a mantenere l'isolamento tra gli ospiti nell'area di accoglienza e tra questi e il resto degli ospiti della struttura. Il nuovo ospite dovrà comunque essere sottoposto a regolari controlli sanitari nel periodo di quarantena attraverso l'Azienda Sanitaria competente, il medico di medicina generale/pediatrati di libera scelta.

3.1.2. Modalità di accoglimento di un nuovo ospite

Per l'eventuale accoglimento di un nuovo ospite si ritiene utile attuare le misure di seguito riportate; successivamente, se l'andamento avrà un trend discendente, si potranno valutare possibili modalità finalizzate ad una riduzione del tempo di isolamento (quarantena) presso la struttura residenziale.

3.1.3. Verifiche propedeutiche

Prima dell'accoglimento definitivo di un nuovo ospite l'ente gestore, in collaborazione con il servizio sociale inviante, dovrà necessariamente verificare le seguenti condizioni : "assenza di segni o sintomi di malattia (in particolare l'insorgenza improvvisa nei 14 giorni precedenti di: febbre, tosse e difficoltà respiratorie)" e "non essere stato a contatto stretto con un caso confermato o probabile di SARS-CoV-2".

Tali verifiche dovranno essere effettuate mediante triage telefonico avvalendosi del Medico di Medicina Generale se la persona proviene dal domicilio, dal Medico dell'Ospedale se la persona proviene da percorso di dimissione ospedaliera secondo quanto previsto al Paragrafo 3.2, o dal Medico Curante che in quel momento ha in carico la persona se questa proviene da altra struttura residenziale. Comunque, al momento dell'accesso della persona alla struttura (area di accoglienza temporanea) è necessario accertarsi mediante visita da parte di un Medico, tra quelli individuati dall'ente gestore per la gestione degli ospiti durante il periodo di osservazione, dell'assenza di condizioni di rischio in atto. Il medico deve verificare, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, che la persona non si trovi nelle condizioni di caso "sospetto", "probabile" o "confermato".

3.1.4. Saggi diagnostici e protocolli di monitoraggio

Verificata l'assenza delle condizioni di rischio in atto secondo le modalità su indicate , dev'essere effettuato un tampone molecolare nasofaringeo a cura del servizio inviante attraverso l'Azienda Sanitaria competente. Il test diagnostico deve essere eseguito precedentemente all'ingresso dell'ospite, entro le 48 ore antecedenti l'ingresso stesso. L'eventuale negatività di questo tampone non implica, tuttavia, la sicurezza che questo ospite non possa sviluppare una malattia nei giorni successivi. L'ospite dovrà quindi essere sottoposto a quarantena nei 10 giorni successivi al tampone effettuato. Nel caso in cui le condizioni psico-fisiche dell'ospite non consentano di procedere con la quarantena o la stessa possa rivelarsi dannosa o pericolosa, il nuovo utente dovrà essere sottoposto a secondo tampone nelle 72 ore seguenti al primo tampone. In caso di esito negativo si potrà procedere con l'accoglienza senza quarantena, ponendo comunque in osservazione l'ospite e verificando costantemente il suo stato di salute nei giorni successivi all'ingresso.

Per tutti gli ospiti, ma con particolare attenzione a coloro che sono presenti nell'area di accoglienza temporanea per tutti i 10 giorni, deve essere garantito un monitoraggio per l'eventuale comparsa di febbre e segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di difficoltà respiratoria e altri fattori di rischio. Tale monitoraggio deve prevedere la misurazione della temperatura due volte al giorno, possibilmente attraverso termometri per la misurazione a distanza. Se necessario, comunicare tempestivamente al personale medico la situazione per la gestione del caso.

1. Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico:

o Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse, difficoltà respiratoria) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in aree in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.

3.2. Riammissioni in struttura e trasferimenti interni

3.2.1. Rientro da Pronto Soccorso o da Poliambulatorio

Premesso che l'ospite di una struttura residenziale che si reca nelle strutture ospedaliere e/o poliambulatoriali deve indossare la mascherina chirurgica e rispettare il distanziamento sociale, si pongono le seguenti indicazioni: nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un accesso ad una struttura poliambulatoriale per prestazioni specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale, per le quali il tempo di permanenza nel poliambulatorio è stato breve , al rientro nella struttura residenziale non è necessario seguire l'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite.

A riguardo l'Azienda Sanitaria o il responsabile della struttura poliambulatoriale dovranno provvedere per tali utenti "attivando opportuni e precisi percorsi prioritari e speciali per favorirne l'accesso, e la riduzione al minimo dei tempi di attesa"; dovranno altresì definire procedure atte a

garantire la minore permanenza presso la struttura poliambulatoriale e in pronto soccorso.

3.2.2. Trasferimenti interni alla struttura residenziale

Nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale sia trasferito da una sezione (es. nucleo o modulo) all'altra della stessa struttura, non sono necessari provvedimenti cautelativi ad hoc qualora tali trasferimenti avvengano tra sezioni "COVID- /free".

3.2.3. Rientro da ricovero ospedaliero

Nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un ricovero ospedaliero per COVID - 19 e venga dimesso dopo l'acquisizione della negatività di due tamponi a distanza di almeno 24 ore, il rientro in struttura potrà avvenire senza il periodo precauzionale di quarantena.

Nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un ricovero ospedaliero per COVID - 19 e venga dimesso senza l'acquisizione della negatività di due tamponi a distanza di 24 ore, il rientro in struttura è subordinato all'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite.

Nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un ricovero ospedaliero per altra causa, il rientro in struttura è subordinato all'esito di tampone negativo o in assenza a procedura di quarantena.

3.2.4. Altre casistiche

Premesso che in via generale non sono ammessi i soggiorni fuori dalla struttura nel fine settimana, nei casi eccezionali in cui l'ospite rientra in struttura dopo aver soggiornato lontano da essa o proviene da altra struttura (trasferimento) si applica l'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite.

4. Indicazioni specifiche per tipologia di struttura

Di seguito si forniscono indicazioni specifiche per talune strutture residenziali e semiresidenziali che costituiscono opportuni adeguamenti e aggiunte a quanto definito ai Paragrafi precedenti in considerazione dei particolari target di utenza e dei parametri organizzativo-funzionali stabiliti per queste strutture dalla programmazione regionale e attuativa locale.

4.1 Strutture residenziali

Tali indicazioni valgono per tutte le strutture residenziali socio assistenziali fatte salve le misure specifiche previste per le strutture residenziali per anziani.

All'interno delle strutture residenziali devono essere applicati i protocolli di prevenzione e protezione per il contenimento della diffusione del virus (igienizzazione mani, uso corretto mascherine chirurgiche, distanziamento interpersonale, misurazione temperatura corporea, ecc.) indicati nei Paragrafi precedenti del presente documento.

Per i nuovi ingressi e i trasferimenti da altre strutture residenziali (COVID-free), salva ogni altra indicazione di cui al Paragrafo 3, si dovrà provvedere:

- all'esecuzione del saggio diagnostico (tampone molecolare nasofaringeo) prima dell'ingresso nella struttura mantenendo l'ospite in quarantena fino al referto negativo del saggio diagnostico a seguito del quale l'ospite verrà ammesso alle attività del servizio senza necessità di effettuare un secondo tampone;
- durante i primi 14 giorni dall'ingresso l'ospite dovrà essere attentamente monitorato dagli operatori del servizio residenziale;
- nel caso in cui il referto del saggio diagnostico risultasse positivo si applica il protocollo previsto dal Dipartimento di Prevenzione della Regione Calabria;
- le persone ospiti delle strutture residenziali che si recano fuori dalla struttura residenziale per motivi terapeutico-riabilitativi non dovranno sottoporsi all'iter cautelativo di cui ai punti precedenti, ma, al rientro, saranno monitorati per valutare la comparsa di eventuali segni e sintomi. In caso di

dubbio saranno sottoposti a visita medica, con applicazione dell'iter cautelativo previsto ai punti precedenti per questo target di utenza;

- In caso di sintomatologia sospetta per COVID-19, previa valutazione del Medico di Medicina Generale, alle valutazioni cliniche di competenza.

I rientri in famiglia o comunque presso l'abitazione di residenza possono essere effettuati, secondo le previsioni del progetto individualizzato e nel rispetto dei limiti posti dai Decreti Ministeriali adottati in base al trend epidemiologico regionale. Pertanto, tali rientri in famiglia potranno essere concordati e programmati con l'ente gestore, nel rispetto delle predette comunicazioni di legge, secondo le previsioni del progetto individualizzato e con le seguenti modalità:

- sottoscrizione preventiva di un patto di responsabilità reciproca tra l'ente gestore della struttura residenziale e i familiari/congiunti dell'ospite (Allegato 2) per il rispetto delle regole di contrasto alla diffusione del virus che prevede, tra l'altro, l'autodichiarazione circa la non presenza nell'ambito del proprio nucleo familiare di persone con febbre o sintomi di malattia respiratoria e, nel caso in cui un componente del nucleo familiare dovesse presentare questi sintomi nei giorni successivi il rientro in famiglia, l'impegno ad informare la struttura;

- conservare l'elenco delle visite extra residenziali/rientri in famiglia per un periodo di 14 giorni;
- solo per i minori, nel caso in cui l'inserimento sia avvenuto a seguito di provvedimento del Tribunale per i minorenni, tali rientri in famiglia sono consentiti previa comunicazione all'Autorità Giudiziaria competente, e comunque sempre secondo le previsioni del progetto educativo individualizzato.

In caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia sospetta l'ente gestore provvede all'isolamento della persona ospite della struttura, attivando il seguente iter cautelativo:

- esecuzione del saggio diagnostico, mantenendo l'ospite in quarantena fino al referto negativo del saggio diagnostico a seguito del quale l'ospite verrà riammesso alle attività della struttura residenziale senza necessità di effettuare un secondo tampone. Dove non sia realizzabile l'isolamento (quarantena) all'interno della struttura, si possono attivare, attraverso l'Azienda Sanitaria competente, modalità alternative per il periodo di isolamento.

Per le strutture residenziali dove sono previste ordinariamente attività esterne per motivi di inserimento lavorativo, studio, attività sportive e ricreative, con particolare riferimento agli adulti in difficoltà ed ai minori, si applicano le norme previste nel territorio per i tutti i cittadini residenti.

Sono consentiti soltanto ove si renda assolutamente necessario, urgente ed indifferibile su valutazione del Responsabile/Coordinatore della struttura, nelle strutture residenziali per minori, eventuali servizi aggiuntivi che prevedono l'ingresso in struttura di persone esterne alla stessa.

4.2 Strutture semiresidenziali

Per tutte le strutture semiresidenziali è prevista la sottoscrizione preventiva di un patto di responsabilità reciproca tra l'ente gestore della struttura semiresidenziale e il soggetto interessato o familiari/congiunti dello stesso (Allegato 2) per il rispetto delle regole di contrasto alla diffusione del virus che prevede, tra l'altro, l'autodichiarazione circa la non presenza nell'ambito del proprio nucleo familiare di persone con febbre o sintomi di malattia respiratoria e, nel caso in cui un componente del nucleo familiare dovesse presentare questi sintomi nei giorni successivi il rientro in famiglia, l'impegno ad informare la struttura.

Dovrà essere prevista la misurazione quotidiana della temperatura (con termometri a distanza che non comportano il contatto, o termo-scanner fissi, ove disponibili), in caso di $T > 37,5^{\circ}\text{C}$ il soggetto non potrà accedere al servizio e sarà rinviato, anche per il tramite di familiari e accompagnatori, a rivolgersi al proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.

Per tutte le tipologie di utenza nei servizi semi residenziali, comprese le persone con disabilità, potranno inoltre essere attivati, previa co-progettazione per la definizione delle modalità operative con l'ambito territoriale competente, attività educative e laboratoriali da remoto.

4.2.1. Servizi semiresidenziali per persone con disabilità

Con riferimento ai servizi semiresidenziali per persone con disabilità , atteso l'andamento epidemiologico, si introducono le seguenti varianti:

- compartimentazione funzionale: al fine di favorire i processi di riattivazione e l'organizzazione delle attività l'ente gestore può valutare la possibilità di estendere la numerosità dei gruppi fino ad un massimo di 10 utenti in ambiente che consenta il distanziamento di un metro almeno;
- monitoraggio e controllo: la tempistica di effettuazione dei test di screening agli operatori del servizio semiresidenziale corrisponde a quella riferita alla generalità degli operatori sanitari;
- è prevista , inoltre, l'effettuazione del tampone molecolare nasofaringeo ai soggetti con disabilità nella fase iniziale di riattivazione del servizio, preventivamente al primo accesso dell'utente. A seguire gli operatori provvederanno a osservare nel tempo l'evenienza di sintomi che possano far sospettare una infezione da SARS -CoV-2 (febbre, tosse, difficoltà respiratorie , ecc.) negli stessi utenti del servizio.

4.2.2. Servizi semiresidenziali per anziani

Con riferimento ai servizi semiresidenziali per anziani vanno implementate le misure di prevenzione e contenimento, nonché di priorità nell'eventualità di dover selezionare gli utenti per esigenze di distanziamento sociale, indicate ai paragrafi precedenti. Il modello organizzativo deve garantire netta separazione tra attività semiresidenziale ed eventuale attività residenziale concomitante. Preventivamente al primo accesso dell'utente, dovrà essere effettuato il saggio diagnostico, a cura degli operatori incaricati che provvederanno, altresì, ad osservare nel tempo l'evenienza di sintomi che possano far sospettare una infezione da SARS -CoV-2 (febbre, tosse, difficoltà respiratorie, ecc.) negli stessi utenti del servizio.

Con riferimento al servizio di trasporto degli utenti dal domicilio al servizio semiresidenziale vanno seguite le misure indicate nelle linee guida specifiche di cui al D.P.C.M. 26 aprile 2020 e successivi aggiornamenti con particolare riguardo al numero massimo di passeggeri che dev'essere tale da garantire il rispetto della distanza di un metro tra gli stessi e all'obbligo per i passeggeri di indossare la mascherina sempre correttamente posizionata. Solo nel caso in cui il trasporto venga effettuato privatamente da un conducente-accompagnatore convivente della persona anziana il limite della distanza su richiamato può essere derogato.

5. Prevenzione vaccinale nelle strutture residenziali per anziani

Per gli ospiti e operatori socio-sanitari e personale che opera nella struttura viene fortemente raccomandata la vaccinazione antinfluenzale stagionale al fine di ridurre la circolazione del virus influenzale all'interno delle strutture residenziali per anziani e, quindi, l'incidenza della patologia in una popolazione particolarmente fragile e potenzialmente a maggior rischio di evoluzione grave, con conseguente riduzione delle ospedalizzazioni e della mortalità per influenza. Al contempo, si ridurrebbero le assenze stagionali per malattia degli operatori, causa di serie ripercussioni sulle normali attività delle varie strutture. Infine, dal momento che i sintomi dell'influenza, almeno in una fase iniziale, sono molto simili a quelli causati dall'infezione da SARS-CoV-2, l'aumento della copertura vaccinale antinfluenzale faciliterebbe la diagnosi differenziale di quest'ultima, portando più precocemente all'isolamento di eventuali nuovi casi di Coronavirus all'interno delle strutture. Per tutti i visitatori è raccomandata la vaccinazione antinfluenzale, questa strategia ha lo scopo di ridurre quanto più possibile la circolazione del virus dell'influenza all'interno di tali contesti assistenziali per proteggere gli ospiti dalle complicanze stesse dell'influenza e facilitare la diagnosi differenziale con eventuali manifestazioni da COVID-19 nel periodo in cui tali infezioni potrebbero sovrapporsi. Semplificare la diagnosi differenziale consentirà di gestire più tempestivamente e con maggiore efficienza sia sotto il profilo clinico che organizzativo l'eventuale presenza di ospiti con sintomatologia sospetta.

6. Formazione

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da virus SARS -CoV-2 è

necessaria la massima attenzione nei confronti dei gruppi di popolazione fragile.

Considerato l'elevato fabbisogno assistenziale dell'anziano fragile, il rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020, recante "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie", fornisce indicazioni che permettono a tutte le strutture di avere un'adeguata formazione per ridurre il rischio di infezione da COVID-19 degli ospiti e negli operatori.

Il personale di assistenza operante all'interno di tali strutture deve saper eseguire e attuare correttamente le misure di prevenzione e controllo delle infezioni per limitare la trasmissione della malattia nel corso dell'attuale emergenza da COVID-19, adottando opportune precauzioni standard e procedure di isolamento.

Gli operatori socio-sanitari sono invitati:

- ✓ a seguire i corsi disponibili anche on line sui siti istituzionali sui comportamenti da adottare per prevenire il contagio da covid-19, sull'uso dei dpi, sulle modalità di vestizione e svestizione.
- ✓ Conoscere le caratteristiche del virus e le sue modalità di trasmissione, l'epidemiologia, la diagnosi, il trattamento e le procedure da seguire in presenza di casi sospetti probabili o confermati.
- ✓ Sviluppare modalità relazionali e comportamenti da attuare nei momenti di pausa e nelle riunioni.
- ✓ Conoscere e distinguere i DPI e i dispositivi appropriati da utilizzare secondo il tipo di procedura assistenziale e in base alla valutazione del rischio.
- ✓ Apprendere la sequenza corretta di vestizione e svestizione.
- ✓ Riconoscere la modalità sicura di disinfezione dei dispositivi riutilizzabili.
- ✓ Conoscere le principali norme comportamentali definite dalle Precauzioni Standard per la prevenzione delle infezioni.

Si raccomanda ai responsabili delle strutture di attuare tutte le misure di prevenzione delle infezioni e di programmazione e la gestione delle visite di cui al rapporto ISS 4/2020 nella sua versione più aggiornata, in particolare quelle previste nel paragrafo "Misura di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi sospetti probabili/confermati di COVID 19 nelle strutture".

Appendice

1. Check list di valutazione all'ingresso del visitatore
2. Fac simile patto di responsabilità reciproca
3. Check list Struttura

ALLEGATO 5

Indicazioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 negli hospice e nelle cure palliative domiciliari (Rapporto ISS COVID-19 • n. 62/2020 Versione del 15 dicembre 2020)

Introduzione e rationale

Le cure palliative forniscono cura e assistenza a persone (adulti e minori) affette da cronicità complesse ad evoluzione sfavorevole, avendo come elementi cardine della propria azione la discussione su aspettative e valori delle persone assistite (ed in caso di minore anche di chi esercita la responsabilità genitoriale) attraverso la pianificazione condivisa delle cure, la gestione dei sintomi psicofisici e il supporto al nucleo familiare (Legge n. 38, 15 marzo 2010). Le cure palliative possono essere necessarie nelle varie fasi evolutive della malattia, dalla diagnosi sino alla fase finale della vita e si possono quindi realizzare in diversi setting del percorso di cura del paziente (ambulatoriale, domiciliare, di ricovero in ospedale o in hospice). In genere le strutture hospice/hospice pediatrico accolgono malati che necessitano di cure palliative specialistiche che per complessità particolari non

risultano praticabili al domicilio, o malati che autonomamente individuano l'hospice come il luogo del proprio fine vita.

Le cure palliative domiciliari e gli hospice si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale e come tali rappresentano realtà assistenziali per le quali è necessario prevedere misure organizzative in grado di far fronte all'emergenza COVID-19¹. Come tutti i setting che erogano assistenza sanitaria di tipo continuativo e a vari livelli di intensità di cure, si rende necessario un riassetto strutturale, una riorganizzazione del lavoro degli operatori sanitari e un approccio al paziente caratterizzato da una particolare attenzione alle misure di prevenzione e controllo delle infezioni al fine di tutelare la salute individuale e collettiva, pur assicurando all'assistito di vivere in condizioni di dignità e nel modo più confortevole possibile. Del tutto peculiare anche in questa situazione di pandemia, è la gestione del minore in cure palliative pediatriche, dove, indipendentemente dal setting di cura, la presenza dei genitori e/o *caregiver* nonché il mantenimento di un setting assistenziale e sociale il più consono possibile per età e situazione, sono fattori imprescindibili e quindi vanno attentamente considerati nella pianificazione delle misure di prevenzione e sicurezza del minore, della famiglia e degli operatori.

1 Costantini M, Sleeman KE, Peruselli C, Higginson IJ. Response and role of palliative care during the COVID-19 pandemic: A national telephone survey of hospices in Italy. *Palliat Med* 2020;34(7):889-895. doi: 10.1177/0269216320920780.

Cure palliative in hospice e a domicilio in corso di pandemia

In questa fase emergenziale, gli hospice e gli hospice pediatrici hanno non solo l'obiettivo di assicurare la migliore assistenza e qualità della vita possibile per il paziente e il sostegno al nucleo "familiare", ma anche la necessità di salvaguardare la sicurezza di coloro si occupano dell'assistito (inclusi gli operatori sanitari), cercando di mantenere un ambiente il più possibile ospitale e sereno che favorisca, indipendentemente da età e situazione clinica, il benessere clinico, psicologico e relazionale dell'assistito e dei suoi familiari.

È necessario considerare che l'attuale pandemia sta determinando un decisivo incremento di malati con bisogni complessi che potrebbero necessitare di un approccio palliativo². Tra gli effetti che l'attuale pandemia ha determinato nella popolazione italiana, è stato riscontrato anche un aumento della pressione assistenziale a carico delle strutture di cure palliative (che forniscono assistenza in hospice, cure palliative domiciliari e in ospedale) dovuto alla necessità di fornire cure adeguate anche a soggetti che a causa della pandemia hanno subito un significativo deterioramento delle condizioni di salute. Durante la prima ondata pandemica in molte strutture ospedaliere del nord-Italia si è verificato un incremento delle consulenze palliative orientate alla valutazione della proporzionalità degli obiettivi di cura, al controllo dei sintomi dei malati sottoposti a trattamenti di sostegno vitale e alla gestione del fine vita dei malati COVID-19³. Laddove la consulenza non si configurava come risposta assistenziale appropriata e a seconda di situazioni contingenti emergenziali locali, sono state create in ambito ospedaliero aree di degenza dedicate al fine vita dei malati COVID-19 gestite da palliativisti. Allo stesso modo, anche alcune strutture hospice e diverse unità di cure palliative domiciliari hanno gestito pazienti terminali "per" o "con" infezione/malattia da SARS-CoV-2. Da ultimo, relativamente al ruolo delle cure palliative, bisogna sottolineare che in corso di pandemia l'erogazione di cure palliative nei setting di ricovero in hospice e domiciliare è proseguita senza interruzioni nei confronti dei pazienti tradizionalmente assistiti, ossia pazienti terminali per malattia oncologica e non-oncologica^{4 5 6}.

2 Nouvet E, Sivaram M, Bezanson K, Krishnaraj G, Hunt M, DeLaat S, Sanger S, Banfield L, Escobio F, Schwartz L. Palliative care in humanitarian crises: a review of the literature. *Journal of International Humanitarian Action* 2018;3:article 5. doi.org/10.1186/s41018-018-0033-8.

3 Riva L, Caraceni A, Vigorita F, Berti J, Martinelli MP, Crippa M, Pellegrini G, Scaccabarozzi G. COVID-19 emergency and palliative medicine: an intervention model. *BMJ Support Palliat Care*. 2020 Nov 23;bmjspcare-2020-002561. doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002561.

4 De Angelis M, et al. Le cure palliative nella pandemia da SARS-CoV-2: esperienze italiane e internazionali a confronto. *RICP* 2020;22:54-63

5 Bertè R, et al. Creare e gestire un reparto "end stage" per malati COVID-19 positivi. *RICP* 2020 22: 64-9.

6 Pizzuto M, et al. Hospice-COVID: cinque settimane di trasformazione per rispondere ad uno tsunami. *RICP* 2020; 22: 70-6

A ottobre 2020 la Società Italiana Cure Palliative e la Federazione Cure Palliative hanno pubblicato un documento congiunto nel quale si analizza il ruolo delle cure palliative in tempo di pandemia da SARS-CoV-2 secondo quanto riportato dalla letteratura scientifica internazionale e nazionale; il

documento, inoltre, propone una serie di raccomandazioni e linee di indirizzo finalizzate ad una integrazione delle cure palliative in un più ampio piano pandemico nazionale⁷.

Pur rientrando nell'ambito delle strutture sociosanitarie territoriali, gli hospice hanno caratteristiche che li differenziano in maniera sostanziale da queste ultime: gli hospice ricoverano pazienti che, per scelta o per necessità, optano per un ricovero protetto che generalmente ha una durata media di poco inferiore ai 20 giorni (con un valore mediano pari a 11 giorni⁸).

Per queste ragioni, le norme per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 negli hospice differiscono in parte da quelle proposte per le altre strutture sociosanitarie.

7 Gruppo di lavoro SICP-FCP. *Ruolo delle cure palliative durante una pandemia*. Ottobre 2020. https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/10/FCP-SICP-Covid_def_con-immagine-1.pdf

8 Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge 30/2010; Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore – anni 2015-2017

Per quanto riguarda la popolazione pediatrica, la letteratura ed i dati a disposizione confermano come l'infezione da SARS-CoV-2 impatti, rispetto alla popolazione adulta, in maniera molto più limitata sia come numerosità di popolazione infetta che come gravità di sintomi e di prognosi. Tuttavia, come per la popolazione adulta, anche in ambito pediatrico, i bambini con precedente comorbidità sono più a rischio di sviluppare un quadro severo di malattia. Quindi proprio per questi minori e per le loro famiglie l'infezione può rappresentare una ulteriore criticità sia per l'impatto diretto sulle condizioni di salute, sia per la numerosità di contatti stretti che sono necessari al bambino e alla famiglia per la gestione routinaria dei loro bisogni.

I motivi sopra esposti impongono la necessità di mettere in atto strategie di prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 specifiche per gli hospice e per le attività di cure palliative domiciliari. È opportuno sottolineare che, anche a domicilio, può risultare complicato operare in sicurezza a causa di numerosi fattori quali, ad esempio, la promiscuità del contesto abitativo e alcune oggettive difficoltà di gestione delle procedure di prevenzione e controllo delle infezioni normalmente adottate in regime di ricovero.

Misure di prevenzione differenziate per gli hospice

Accesso ai visitatori hospice

L'accesso agli hospice da parte dei visitatori è regolamentato dalla normativa vigente in base alla situazione epidemiologica attuale⁹. Nelle strutture residenziali la visita può essere autorizzata in situazioni di fine vita, anche di pazienti affetti da COVID-19 (vedere paragrafo 'Gestione di assistiti affetti da COVID-19 in hospice e nuovi ingressi') dalla Direzione Sanitaria della struttura, previa appropriata valutazione dei rischi-benefici e applicando, le misure di prevenzione descritte per le strutture residenziali¹⁰.

Negli hospice, considerando le caratteristiche dei pazienti, la pratica delle visite deve essere quanto più possibile applicata. Le persone autorizzate dovranno, comunque, essere in numero limitato e osservare tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2. Nelle situazioni di fine vita, su richiesta del paziente o dei familiari, andrebbe autorizzata l'assistenza spirituale, ove non sia possibile attraverso modalità telematiche, con tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2.

9 Circolare del Ministero della Salute del 30/11/2020 Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura

10 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 e socioassistenziali. Versione del 24 agosto 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.4/ 2020 Rev 2.).

La Direzione Sanitaria dell'hospice, in accordo con le disposizioni normative, è tenuta a facilitare e prevedere l'accesso dei familiari e visitatori, tenendo conto dell'importanza delle relazioni in una fase così delicata della vita, seguendo le misure di sicurezza e in particolare si raccomanda di attenersi alle seguenti indicazioni:

- implementare un sistema di prenotazioni delle visite per evitare un eccessivo affollamento sia nella struttura che nelle aree di attesa. Al momento della prenotazione fornire tutte le informazioni per l'accesso in sicurezza alla struttura;
- non ammettere persone in isolamento o quarantena domiciliare o che siano state a contatto stretto con un caso confermato o probabile di COVID-19 nei 14 giorni precedenti in assenza di un test antigenico o molecolare negativo effettuato dopo il decimo giorno dall'ultimo contatto stretto con il caso;
- impedire l'accesso a persone che hanno tosse, raffreddore o mal di gola o, comunque, sintomatologia riconducibile a COVID-19;
- impedire l'accesso a visitatori con temperatura corporea 37,5°C; la struttura provvederà alla misurazione della temperatura corporea all'ingresso dei visitatori;
- ammettere un numero limitato di visitatori per paziente al fine di evitare un eccessivo affollamento dei locali; nel caso di situazioni di fine vita imminente, si invita a elaborare strategie di rotazione tra i visitatori dello stesso paziente;
- limitare l'accesso del visitatore alla sola camera di degenza, vietando l'ingresso alle aree comuni; sarebbe opportuno identificare un'area della struttura nella quale svolgere colloqui diretti con i visitatori che ne facciano richiesta, laddove possibile;
- i visitatori devono essere obbligatoriamente muniti di mascherina chirurgica o altro DPI appropriato a seconda della valutazione del rischio da parte della struttura (in caso contrario la struttura provvederà a fornire il dispositivo);
- prima dell'accesso nelle aree di degenza, i visitatori dovranno provvedere alla corretta igiene delle mani; è compito della struttura fornire dispenser di soluzione idroalcolica e garantire l'accesso ai servizi igienici dedicati solo ai visitatori.

Accesso ai visitatori hospice pediatrico

In caso di hospice pediatrico, date le caratteristiche dell'assistito e la complessità e peculiarità della situazione, la Direzione Sanitaria, pur nel rispetto della normativa vigente, deve permettere l'accesso in sicurezza, accanto al minore e ai genitori, a visitatori che possono essere determinati sulla qualità della vita dell'assistito (quali fratelli, amici, insegnanti) e in caso di necessità a *caregiver* in sostituzione temporanea dei genitori.

È opportuno prevedere in fase di pre-ricovero l'esecuzione di tampone molecolare all'assistito, ai genitori e al *caregiver*, nonché una raccolta attenta previa telefonata il giorno prima del ricovero di dati relativi allo stato di salute dell'assistito, dei familiari e/o del *caregiver*.

Durante il ricovero devono essere osservate da parte dei genitori e *caregiver* tutte le indicazioni relative alla gestione dei DPI, al distanziamento fisico, alla disinfezione delle mani e all'utilizzo di spazi comuni.

Il minore con i genitori o i *caregiver* possono fare brevi uscite durante il ricovero in hospice pediatrico per piccole passeggiate o commissioni: durante queste uscite dovranno portare mascherina e seguire tutte le indicazioni relative al distanziamento e disinfezione delle mani.

Durante il ricovero, il minore può ricevere delle visite, possibilmente previa prenotazione, al fine di evitare un eccessivo affollamento degli ambienti della struttura: di queste visite devono essere informati gli operatori che raccoglieranno prima dell'ingresso le informazioni relative allo stato di salute dei visitatori. I visitatori saranno sottoposti al controllo della temperatura, dovranno indossare i DPI ed eseguire una corretta disinfezione delle mani.

I visitatori si potranno trattenere per un periodo limitato e non potranno avere contatti stretti con il paziente, i familiari e/o i *caregiver*. È consigliabile che il visitatore esegua tampone antigenico rapido ogni volta che entra in hospice pediatrico (se non eseguito con esito negativo nelle ultime 72 ore).

Le modalità di uso dei DPI devono essere spiegate e condivise con i genitori, gli assistiti e i visitatori ai quali deve essere fornito anche materiale illustrativo che possa educare e ricordare le norme di sicurezza di comportamento all'interno dell'hospice pediatrico.

Test antigenici rapidi per i visitatori alle strutture residenziali autorizzati dal Direttore Sanitario della struttura

Al fine di ristabilire e favorire gli accessi dei visitatori in sicurezza, come già messo in atto in alcune Regioni, si raccomanda di promuovere strategie di screening immediato, tramite la possibilità di esecuzione di test antigenici rapidi ai visitatori dei pazienti ad ogni accesso o comunque in assenza di un test antigenico rapido con esito negativo eseguito nelle ultime 72 ore. Questi test possono essere effettuati direttamente *in loco* e, in caso di esito negativo, i visitatori sono autorizzati ad accedere alla struttura secondo le indicazioni fornite dal Direttore Sanitario della struttura. La struttura deve porre tutte le accortezze per evitare all'interno della struttura il formarsi di aggregazioni di visitatori in attesa dell'eventuale test effettuato in loco. Tale strategia può essere considerata un valido strumento per coniugare la salvaguardia della salute e la necessità della vicinanza dei propri cari. Nell'attuale contesto epidemiologico, caratterizzato da un'elevata circolazione virale, è altamente probabile il riscontro di soggetti positivi a SARS-CoV-2 che potrebbero trasmettere l'infezione e, quindi, risulta di fondamentale utilità l'impiego razionale di metodiche di screening che siano validate come riportato dalla circolare del Ministero della Salute del 30 ottobre n. 35324 "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica".

L'utilizzo dei test antigenici rapidi è ormai riconosciuto a livello internazionale quale strumento di comprovata utilità soprattutto nelle indagini di screening, al fine di identificare precocemente casi SARS-CoV-2 positivi e mettere in atto strategie di contrasto e contenimento dell'infezione, specialmente se ripetuti temporalmente in modo ravvicinato¹¹.

¹¹ European Centre for Disease Prevention and Control. *Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK*. 19 November 2020. ECDC: Stockholm; European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm; 2020

Il ricorso a tale misura di screening non prescinde dal rispetto e dall'adozione delle indicazioni e precauzioni standard contenute nel Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2, a cui i visitatori autorizzati devono attenersi al fine di prevenire e ridurre il rischio di casi COVID-19. In particolare, è necessario vigilare affinché i visitatori si attengano scrupolosamente alle indicazioni sui comportamenti da tenere durante l'intera durata del periodo trascorso all'interno della Struttura stessa (per ulteriori approfondimenti si rimanda al Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev.2).

Test molecolari per lo screening dei nuovi ingressi di assistiti e per il personale delle strutture

Il test antigenico rapido al momento è indicato in quei contesti in cui sono vantaggiosi l'identificazione e l'isolamento rapido dei positivi a tutela dei soggetti fragili a rischio di complicanze e delle larghe comunità chiuse permettendo, inoltre, una veloce identificazione dei casi evitando così la diffusione del virus. Tuttavia, i test antigenici rapidi attualmente a disposizione hanno una minore sensibilità (ovvero la capacità di rilevare correttamente tutti i soggetti positivi) e il documento del Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica" contenuto nella Circolare del Ministero della Salute 35324 del 30 ottobre 2020, specifica che il test molecolare permette di identificare con la massima sensibilità i soggetti positivi per tutelare i fragili a rischio di complicanze e le larghe comunità a rischio di cluster. È pertanto raccomandata l'esecuzione di test molecolare ai pazienti che accedono all'hospice (da eseguirsi nelle 72 ore precedenti al ricovero) e per lo screening degli operatori sanitari/personale che operano in contesti ad alto rischio a cadenze prefissate.

In accordo con il Dipartimento di Prevenzione di competenza territoriale, si suggerisce di prevedere la programmazione di tamponi molecolari di screening ogni due settimane a tutti gli operatori afferenti alle strutture di ricovero hospice o di assistenza domiciliare.

Eventuali *caregiver informali (famiglia) o formali* (es. badanti) esterni alla Struttura, operanti all'interno della struttura, andranno testati al loro ingresso al pari di un residente e almeno settimanalmente attraverso un tampone rapido antigenico.

Si raccomanda infine che la struttura effettui uno screening con test antigenici rapidi periodici a tutti i degenti, almeno una volta ogni 15 giorni.

La comunicazione

Qualora non sia possibile o consentito l'accesso ai visitatori (perché, per esempio, essi stessi in quarantena o isolamento) è comunque fondamentale che il paziente mantenga un contatto con familiari e amici. È necessario favorire, quindi, la dotazione e l'utilizzo di smartphone, tablet o laptop, e connessione internet da mettere a disposizione dei pazienti. Inoltre, è indispensabile fornire un adeguato supporto ai pazienti che non siano in grado di utilizzare strumenti tecnologici.

In caso di impossibilità di realizzare una comunicazione diretta tra paziente e la famiglia, è compito degli operatori della struttura contattare i familiari, sia per aggiornarli sulla situazione clinica del proprio caro, sia per fornire supporto psicologico.

Per gli assistiti in hospice sottoposti a isolamento per infezione da SARS-CoV-2 diventa assolutamente mandatoria la necessità di stabilire un contatto "virtuale" tra essi e i loro familiari così come tra familiari ed équipe curante. Tale approccio dovrebbe essere multidisciplinare, coinvolgendo il medico e lo psicologo e gli altri professionisti sanitari che ruotano attorno al paziente, al fine di fornire un racconto dell'evoluzione clinica, ma anche e soprattutto di accogliere, contenere e affrontare manifestazioni di rabbia, ansia e depressione reattiva determinate dallo stato di isolamento. La comunicazione attraverso una videochiamata è preferibile rispetto alla telefonata e dovrebbe essere accompagnata e mediata prima, durante e dopo il contatto, offrendo un supporto, per quanto possibile, ad una partecipazione attiva e un accesso a riti religiosi o familiari. In queste situazioni, spesso caratterizzate da una rapida evoluzione clinica, un modello così "supportato" di videochiamata dovrebbe diventare parte integrante dell'assistenza quotidiana in hospice dell'assistito "isolato", rappresentando l'unica occasione di contatto con i familiari e persone significative per l'assistito.

In particolare, la comunicazione tra il personale sanitario operante in hospice e i familiari del paziente ricoverato ha lo scopo di:

- fornire notizie circa lo stato di malattia del paziente in modo semplice e comprensibile¹², assicurando un aggiornamento periodico, possibilmente giornaliero;
- ottenere informazioni sulle aspettative dei familiari riguardo l'evoluzione della malattia e il rispetto delle scelte dell'assistito e dei familiari;
- dimostrare partecipazione ed empatia ai familiari, consentendo l'espressione delle emozioni e, se necessario, offrire supporto psicologico specifico, anche in un'ottica di preparazione al lutto; prevenire incomprensioni e conflitti.

¹² COMUNICoViD - Position Paper. Come comunicare con i familiari in condizioni di completo isolamento. SIAARTI, Aniarti, SICP, SIMEU; 2020. https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/04/ComuniCoViD_ita-18apr20.pdf

Sarebbe opportuno:

- organizzare le comunicazioni in modo che lo scambio di informazioni possa avvenire tramite lo stesso professionista sanitario e il familiare di contatto, possibilmente nella stessa fascia oraria, al fine di costruire un rapporto di fiducia, facilitare la comunicazione e le operazioni tecniche di videochiamata/telefonata, ed evitare ansia e incomprensioni;
- considerare periodicamente la disponibilità e l'equilibrio emotivo degli operatori addetti a tali comunicazioni. □ considerare periodicamente la disponibilità e l'equilibrio emotivo degli operatori addetti a tali comunicazioni.
- utilizzare una breve checklist operativa per effettuare la videochiamata^{12 13}, nel caso il paziente sia cosciente e collaborante oppure nel caso non sia cosciente. In questo ultimo caso è opportuno che la videochiamata sia opportunamente introdotta e mediata da un operatore sanitario dell'hospice. La comunicazione con i familiari va effettuata anche senza aver potuto raccogliere il consenso del paziente non cosciente.

Tale modalità di comunicazione potrà essere messa in atto anche in caso di minori, quando uno dei familiari o altri contatti importanti dall'assistito non possano essere presenti in hospice pediatrico per situazioni intercorrenti (quali ad esempio infezioni da SARS-CoV-2).

¹³ Mistraletti G, Gristina G, Mascarini S, Iacobone E, Giubbilo I, Bonfanti S, Fiocca F, Fullin G, Fuselli E, Bocci MG, Mazzon D, Giusti GD, Galazzi A, Negro A, De Iaco F, Gandolfo E, Lamiani G, Del Negro S, Monti L, Salvago F, Di Leo S, Gribaudo MN, Piccini M, Riccioni L, Giannini A, Livigni S, Maglione C, Vergano M, Marinangeli F, Lovato L, Mezzetti A, Drigo E, Vegni E, Calva S, Aprile A, Losi G, Fontanella L, Calegari G, Ansaloni C, Pugliese FR, Manca S, Orsi L, Moggia F, Scelsi S, Corcione A, Petrini F. How to communicate with families living in incomplete isolation. *BMJ Support Palliat Care*. 2020 Oct 15; bmjpcare-2020-002633. doi:10.1136/bmjpcare-2020-002633.

Gestione di assistiti affetti da COVID-19 in hospice e nuovi ingressi

L'ingresso in Hospice di nuovi assistiti dovrebbe essere preceduto dall'esecuzione di un test molecolare entro le 72 ore precedenti il ricovero; in considerazione dell'elevata diffusione virale nei momenti più critici della pandemia da SARS-CoV-2, può essere valutata dalla Direzione Sanitaria della struttura l'opportunità di ripetere il test molecolare al momento del ricovero. Qualora fosse necessario un ricovero in urgenza, può essere in alternativa effettuato un test antigenico rapido, da confermare prima possibile con un test molecolare.

Inoltre, può essere considerato l'ingresso in hospice di nuovi assistiti in caso siano già presenti in struttura pazienti SARS-CoV-2 positivi; allo stesso modo si può considerare il ricovero di malati SARS-CoV-2 positivi per i quali viene valutato che non ci siano condizioni ottimali per un'adeguata presa in carico in altro setting assistenziale (cure palliative domiciliari o consulenza palliativa in contesto di ricovero ospedaliero o extra-ospedaliero). Qualora non fosse possibile alle organizzazioni sanitarie riservare un hospice al ricovero esclusivo di pazienti SARS-CoV-2 positivi, la presenza in hospice di pazienti terminali con infezione da SARS-CoV-2 deve prevedere che vengano adottate dalla Direzione Sanitaria della struttura tutte le misure idonee a garantire la massima sicurezza in relazione al contenimento della diffusione virale sia tra operatori che tra gli assistiti attraverso stringenti procedure organizzative e in particolare:

- laddove non sia possibile una netta divisione strutturale tra area COVID-19 (“sporca”) e area no-COVID-19 (“pulita”), distanziare queste aree tra loro e segnalarle chiaramente;
- definire percorsi puliti/sporchi sia per gli operatori che per l'eventuale accesso dei visitatori;
- definire aree dedicate e percorsi separati di vestizione e svestizione tra le aree a differente livello di rischio con apposite aree (antistanza/zona filtro) separate dall'area sporca;
- riorganizzare l'attività lavorativa tesa a soddisfare i requisiti di contenimento del contagio da SARS-CoV-2;
- formare tutto il personale riguardo alla corretta gestione dei dispositivi di protezione individuale e all'adozione delle precauzioni standard e delle procedure di isolamento.

Indipendentemente dal fatto che la presenza in hospice di un paziente con infezione da SARS-CoV-2 sia stata una scelta oppure un evento fortuito, è necessario che ogni hospice definisca procedure atte a gestire in struttura casi sospetti/probabili/confermati di infezione da SARS-CoV-2. In questi casi si raccomanda di:

- ridurre la frequenza di manovre assistenziali che portino ad uno stretto e prolungato contatto con il paziente, naturalmente nei limiti della correttezza assistenziale;
- semplificare, ove possibile, gli schemi posologici di terapia e considerare infusioni continue multi-farmaco al fine di ridurre gli accessi infermieristici nelle camere di degenza;
- laddove la struttura sia organizzata in aree/unità con presenza di casi SARS-CoV-2, organizzare le équipe assistenziali per singole aree affinché siano autonome con la finalità di evitare o ridurre il più possibile il passaggio di operatori tra le aree, anche durante le ore notturne; laddove ciò non sia possibile per carenza di personale, prevedere un flusso di lavoro (visite, igiene al letto, somministrazione delle terapie) che vada dai pazienti SARS-CoV-2 negativi a quelli SARS-CoV-2 positivi; in ogni caso, i dispositivi di protezione utilizzati per l'ingresso nelle camere dei pazienti SARS-CoV-2 positivi non devono uscire dall'area COVID-19 ma rimossi nelle apposite aree filtro per la svestizione dotate di contenitori per eliminare i DPI monouso utilizzati;

- garantire la permanenza degli assistiti nella propria area di appartenenza, evitando sia trasferimenti sia incontri tra assistiti nelle aree comuni dell'hospice;
- assicurare la pulizia quotidiana delle camere di degenza dei pazienti COVID-19 con un disinfettante virucida autorizzato, o con soluzione a base di ipoclorito di sodio allo 0,1% di cloro attivo;
- garantire la formazione adeguata e specifica al personale addetto alle pulizie degli ambienti, in modo che queste vengano effettuate procedendo dall'alto verso il basso, le superfici a bassa frequenza di contatto prima di quelle ad alta frequenza di contatto (maniglie, telecomandi, sedie e braccioli, tavoli, interruttori della luce, corrimano, rubinetti dell'acqua, pulsanti dell'ascensore/distributori automatici, ecc.), e dalle aree non-COVID-19 verso le aree COVID-19, utilizzando attrezzature diverse per gli spazi frequentati dal pubblico e quelli riservati ai dipendenti della struttura; gli operatori addetti alle pulizie degli ambienti COVID-19 devono indossare i dispositivi medici e i DPI durante le attività di pulizia;
- effettuare la sanificazione ambientale delle camere di degenza precedentemente occupate da un malato con infezione da SARS-CoV-2; da valutare, inoltre, una periodica sanificazione delle aree funzionali della Struttura;
- adottare misure per malattia a trasmissione aerea nelle camere COVID-19 dove è necessario utilizzare l'ossigeno ad alti flussi
- regolamentare l'accesso dei fornitori (per esempio: mensa, farmacia, magazzino, manutentori).

Nel caso l'hospice non sia nelle condizioni di garantire opportune misure di contenimento del rischio infettivo, sia da punto di vista strutturale che dal punto di vista organizzativo deve essere valutata, da parte della Direzione Sanitaria dell'hospice, la necessità di trasferimento del paziente COVID-19 positivo in altra struttura adeguata all'isolamento (per esempio, ospedale o struttura dedicata a residenti COVID-19) sulla base delle indicazioni descritte nella sezione 'Preparazione della struttura e gestione dei casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19' del Rapporto 'Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali'.

In ogni caso, trattandosi di pazienti in genere caratterizzati da una grave compromissione delle condizioni cliniche, deve essere assicurata nel nuovo setting di cura una consulenza palliativa.

Nelle strutture residenziali la visita può essere autorizzata in situazioni di fine vita di assistiti affetti da COVID-19, dalla Direzione Sanitaria della struttura, previa appropriata valutazione dei rischi-benefici.

Possono essere ammesse visite da parte dei familiari agli assistiti SARS-CoV-2 positivi in struttura, purché effettuate secondo una procedura codificata che ne garantisca la sicurezza: un solo familiare alla volta, familiare che indossa DPI completi (facciale filtrante, FFP2/3, camice idrorepellente, occhiali con protezione laterale/visiera, calzari, guanti, cuffia), tempo di permanenza nella stanza di degenza limitato, accompagnamento del familiare da parte di un operatore della Struttura).

Tuttavia, la presenza di assistiti SARS-CoV-2 positivi non rappresenta una controindicazione assoluta a che vengano effettuate visite agli altri assistiti nella struttura. In tali circostanze, le visite ai pazienti i SARS-CoV-2 negativi possono essere consentite secondo valutazione e autorizzazione della Direzione Sanitaria della Struttura, in base alle possibilità della struttura stessa di gestire in modo completamente separato le aree con pazienti COVID-19. Sono valide le indicazioni presentate nel paragrafo 'Accesso ai visitatori'.

In caso di minore risultato COVID-19 positivo al tampone pre-ingresso in hospice pediatrico o positivizzatosi durante il ricovero, occorre valutare a giudizio della Direzione Sanitaria della struttura la permanenza in struttura o il rientro a domicilio ottimizzando la presa in carico e l'assistenza a casa da parte della rete regionale di cure palliative pediatriche. Nel caso che questo non sia possibile per situazione clinica o setting domiciliare inadeguato, si può valutare la possibilità di trasferire il minore nel Reparto di Pediatria ospedaliera dedicato ai bambini COVID-19 positivi, più vicino al domicilio, dove la gestione di bambino e famiglia sarà condivisa fra team ospedaliero ed Equipe regionale di cure palliative pediatriche.

In caso di positività al tampone, genitori, *caregiver*, familiari e/o visitatori non potranno accedere all'hospice pediatrico ed altre figure della rete familiare/amicale identificate dai genitori, dovranno assicurare la loro presenza accanto al minore durante il ricovero.

Misure di prevenzione differenziate per le cure palliative domiciliari

Precauzioni nella assistenza domiciliare

Le Unità di Cure Palliative Domiciliari erogano assistenza palliativa multidisciplinare al domicilio di pazienti oncologici e non-oncologici in fase avanzata di malattia, qualora le condizioni del paziente lo consentano e sia garantita la presenza di un *caregiver*.

In caso di minore, la presa in carico domiciliare del bambino in cure palliative specialistiche viene assicurata dalla Rete regionale di Cure Palliative Pediatriche (CPP). La Rete è coordinata dal Centro di riferimento regionale da dove una équipe multi specialistica integrandosi strettamente con tutti i servizi territoriali ed ospedalieri di area, risponde in maniera continuativa e competente ai bisogni di salute di bambino e famiglia.

In ragione della pandemia da SARS-CoV-2 è opportuno che le Unità domiciliari/Rete regionale di CPP, attuino una riorganizzazione del consueto modello assistenziale al fine di ridurre il rischio di esposizione per operatori e pazienti.

Prima della presa in carico domiciliare sarà opportuno verificare se il paziente e/o i suoi conviventi siano già sottoposti a misure di quarantena/isolamento. Successivamente prima di ogni accesso a domicilio deve essere implementato uno stringente triage telefonico. Il triage ha il duplice scopo di accertarsi dei bisogni del paziente e nello stesso tempo di verificare l'eventuale comparsa di nuovi sintomi potenzialmente ascrivibili all'infezione da SARS-CoV-2 a carico del paziente o di altre persone conviventi; da ultimo, è opportuno sincerarsi se il paziente o i suoi conviventi siano sottoposti o meno a misure di quarantena/isolamento.

Quando possibile e raccomandabile va inoltre previsto il ricorso al teleconsulto sia per necessità clinico-assistenziali che per supporto psicologico.

L'operatore che accede al domicilio dovrà essere munito di DPI (mascherina FFP2, camice idrorepellente, guanti, occhiali con protezione laterale o visiera. Calzari e cuffia opzionali) e dovranno essere rispettate le corrette procedure per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2.

In particolare, si raccomanda di:

- assicurare un adeguato ricambio d'aria dei locali adibiti all'assistenza prima e dopo la visita;
- permanere nel domicilio del paziente non oltre il tempo necessario a fornire un'adeguata assistenza;
- favorire l'uso della mascherina da parte del paziente e dei familiari presenti nel corso della visita (preferibilmente un unico familiare per limitare situazioni di assembramento);

Gestione domiciliare di assistiti con infezione sospetta o confermata da SARS-CoV-2

La gestione domiciliare di pazienti sospetti o confermati COVID-19, adulti o minori, presuppone un elevato livello organizzativo in considerazione del fatto che, a differenza di quanto accade in regime di ricovero, esistono elementi di rischio trasmissivo non sempre completamente e direttamente governabili dagli operatori sanitari che accedono al domicilio. Non è infrequente che oltre al paziente anche il *caregiver* o altri familiari risultino positivi al SARS-CoV-2. Da ultimo, la struttura abitativa può rendere a volte complicate le procedure di vestizione e svestizione dei Dispositivi di Protezione Individuale. Per questi motivi si raccomanda di:

- prevedere, in caso di sospetta infezione, la possibilità di effettuare un test diagnostico per SARS-CoV-2 a domicilio o sollecitarne l'attivazione da parte di altri organi competenti;

- effettuare le visite domiciliari, ove possibile, in due operatori al fine di mettere in atto una attenta sorveglianza reciproca nelle pratiche di vestizione e svestizione dei Dispositivi di Protezione Individuale (facciale filtrante FFP2/3, camice idrorepellente, occhiali con protezione laterale o visiera, singolo paio di guanti, calzari e cuffia). Così come in ospedale, anche al domicilio, i suddetti DPI vengono poi eliminati al termine della visita in sacchetti e contenitore per rifiuti speciali;
- prevedere la possibilità di creare un'unità di operatori completamente dedicati a tali pazienti, al fine di sopperire ad eventuali assenze tra gli operatori;
- prevedere, ove possibile, la creazione di una équipe dedicata in presenza di plurime assistenze contemporanee di paziente SARS-CoV-2 (per lo meno in relazione alle attività settimanali di routine);
- semplificare, ove possibile, gli schemi posologici di terapia e considerare infusioni continue multifarmaco;
- prevedere di lasciare al domicilio del paziente un kit contenente farmaci di comune uso in ambito palliativo e dispositivi per infusione per le situazioni di emergenza, istruendo il *caregiver*, laddove possibile, ad un loro utilizzo anche in autonomia;
- prevedere la possibilità di raggiungere il domicilio del paziente già con indosso i DPI o di effettuare la vestizione immediatamente prima di entrare in casa, avendo cura di disinfettare ogni superficie di appoggio;
- verificare che al domicilio del paziente sia presente un dispenser di soluzione idroalcolica o, in assenza, provvedere a fornirlo;
- effettuare la svestizione all'uscita dal domicilio prevedendo la disponibilità di contenitori specifici per i rifiuti speciali (per il loro trasporto in auto prevedere di inserire tali contenitori in un doppio sacco per contenere il rischio di contaminazione ambientale);
- organizzare la disinfezione accurata con soluzione idroalcolica di tutto lo strumentario utilizzato nel corso della visita;
- segnalare immediatamente a tutta l'équipe dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari/Rete regionale di CPP i casi sospetti, accertati e ogni altra indicazione utile alla gestione del paziente;
- il personale sanitario addetto alle cure domiciliari NON deve essere considerato come caso "contatto" se osserva scrupolosamente le misure di protezione individuale.

Per quanto riguarda i mezzi di trasporto, seguire le seguenti raccomandazioni:

- prevedere la possibilità di utilizzo di mezzi di trasporto aziendali;
- prima di entrare nell'automezzo procedere ad una sua sanificazione speditiva;
- nel caso in cui sia indispensabile ospitare a bordo di un'autovettura un altro operatore sanitario, questi deve prendere posto sul sedile posteriore destro, indossando la mascherina chirurgica o facciale filtrante (FFP2/3);
- ogni qualvolta possibile, viaggiare con i finestrini aperti;
- evitare per quanto possibile l'uso di impianti di ventilazione e condizionamento dell'auto;
- prevedere la disponibilità di un dispenser di soluzione idroalcolica;
- al termine del turno lavorativo prevedere una sanificazione del mezzo di trasporto attraverso il ricorso a disinfettanti appropriati, mediante spruzzatore manuale di tipo riutilizzabile, o panni in microfibra monouso imbevuti di disinfettante a base alcolica; tempo minimo di contatto 30-90 secondi. Pulire e disinfettare le maniglie di apertura delle portiere così come la carrozzeria immediatamente circostante; aprire le portiere dell'abitacolo ed assicurare il ricambio di aria; pulire e disinfettare le chiavi della vettura e i comandi (leve, pulsanti, cinture di sicurezza, volante, cambio, freno di stazionamento, comandi, indicatori, pulsanti, tastiere, schermi touch, maniglie interne, specchietto retrovisore, etc) e, se il mezzo è dotato di vano di carico, pulire e

disinfettare i relativi accessori di apertura e chiusura, quindi aprirlo ed assicurare il ricambio di aria.