

AGGIORNAMENTO AGLI ATTI DI INDIRIZZO EX DGR N° 3226 DEL 09/06/2020

PREMESSE

Posto che quanto stabilito con DGR 3226/2020 ha avuto l'estensione temporale dell'emergenza sanitaria da COVID-19 come da Delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 e preso atto che con Decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83 l'emergenza è stata prorogata al 15 ottobre 2020, restano di riferimento tutti gli atti nazionali e regionali richiamati nelle premesse della DGR stessa e le loro successive modifiche ed integrazioni che hanno definito, tra l'altro, le misure restrittive per il contenimento e gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19.

Nonostante l'andamento epidemiologico dei contagi da SARS-CoV-2 stia evolvendo come da previsioni, deve rimanere elevata l'attenzione stante il permanere di significativi casi riconducibili ad alcuni focolai epidemici. Anche a livello internazionale, l'emergenza COVID-19 non è superata, come è dimostrato dalle recenti Ordinanze del Ministero della Salute che hanno disposto il divieto di ingresso e transito in Italia per chi nei quattordici giorni antecedenti ha soggiornato o è transitato in specifici Paesi esteri. Ne consegue la necessità di mantenere alti i livelli di guardia e di rafforzare la capacità di fare prevenzione, soprattutto verso i soggetti più suscettibili all'infezione da SARS-CoV-2 quali i pazienti anziani e/o fragili o affetti da patologie croniche con effetti invalidanti di carattere fisico e/o psichico e che afferiscono a strutture della Rete Territoriale.

Ciò premesso e al fine di continuare ad assicurare, nella dinamica evoluzione dell'epidemia, la massima tutela possibile degli utenti ai quali è rivolta la rete d'offerta sociosanitaria e agli operatori coinvolti, si procede all'aggiornamento dei contenuti della DGR N° 3226/2020, nelle more dell'adozione delle Linee guida per la gestione dell'emergenza epidemiologica presso le strutture per anziani, persone con disabilità e altri soggetti in condizione di fragilità come previsto dall'Art. 1-ter Legge 17 luglio 2020, N° 77 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Successivi eventuali ulteriori aggiornamenti seguiranno sempre in funzione dell'andamento epidemiologico della pandemia e di quanto stabilito nelle "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali" a cura del Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni.

Con riferimento alla rendicontazione delle prestazioni rese e delle relative tariffe aggiornate, stante le diseconomie correlate alle attività svolte dagli Enti Gestori nella fase di emergenza COVID-19, si rinvia a specifiche determinazioni.

RUOLO DELLE ATS E DEGLI ENTI GESTORI

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

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

- 1) individuazione criteri per la presa in carico progressiva di nuovi ospiti/pazienti ovvero secondo criteri di priorità riferibili a livelli di urgenza improcrastinabile e commisurati alla disponibilità di risorse strumentali e umane idonee;
- 2) individuazione chiara di percorsi e modalità di accoglienza di ospiti/pazienti nuovi o di rientro dopo trasferimento presso altra struttura/ricovero ospedaliero, di ospiti/pazienti con accessi diurni/ambulatoriali anche ricorrenti, di operatori e di eventuali altri soggetti esterni (esempio: visitatori, ecc.);
- 3) adozione delle misure igienico-sanitarie definite dal Ministero della Salute e per l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) per operatori, ospiti/pazienti ed eventuali altri soggetti esterni, in base al profilo di rischio oltre ad eventuali misure alternative quali il distanziamento interpersonale, in caso di non applicabilità funzionale;
- 4) adozione delle procedure per la sorveglianza sanitaria per esposizione a SARS-CoV-2 di tutti gli operatori tenendo conto delle attuali e prossime previsioni nazionali e regionali;
- 5) adozione delle precauzioni standard e specifiche nell'assistenza a tutti gli utenti e loro monitoraggio clinico/laboratoristico;
- 6) gestione di eventuali casi positivi o sospetti di COVID-19 tra ospiti/pazienti, operatori ed eventuali altri soggetti esterni;
- 7) gestione della sanificazione ordinaria e straordinaria di ambienti, di apparecchiature e di eventuali mezzi di trasporto per operatori/utenti, oltre alla verifica delle caratteristiche di areazione dei locali e degli impianti di ventilazione/climatizzazione;
- 8) predisposizione di specifici piani di informazione e formazione per la prevenzione da SARS-CoV-2 rivolti a tutte le tipologie di operatori e predisposizione di piani di informazione rivolti ai visitatori ed utenti;
- 9) aggiornamento del Progetto di struttura e di quelli individuali, ove previsti;
- 10) aggiornamento della Valutazione del Rischio di cui al titolo X D.Lgs. 81/08 e degli eventuali adempimenti conseguenti.

Tutte le strutture sociosanitarie (accreditate e a contratto, accreditate ma non a contratto o solo autorizzate), oltre a predisporre il piano organizzativo-gestionale di cui sopra, devono essere attrezzate per l'eventuale gestione temporanea in sicurezza di casi affetti da COVID-19 che

dovessero comunque insorgere tra gli ospiti/pazienti. L'adozione di questi piani, nell'intento di assicurare le stesse massime tutele, è fortemente raccomandata anche per le U.d.O. sociali, in caso di integrazioni della loro offerta con voucher/misure di natura sanitaria, e per le sperimentazioni.

Le ATS anche nell'ambito dell'attività del Coordinamento per la Rete Territoriale (CRT), tramite gruppi di lavoro tra rappresentanti degli Enti gestori, ASST e ospedali privati, sostengono e promuovono la diffusione di buone pratiche cliniche/assistenziali nonché di carattere strutturale/organizzativo/procedurale, l'identificazione di bisogni formativi in riferimento al COVID-19, l'avvio/il consolidamento di percorsi di integrazione tra la rete sociosanitaria/sociale e sanitaria, per assicurare accessi appropriati alle strutture di cura e assistenza (ad es. al Pronto Soccorso e/o per attivare consulenze specialistiche dell'infettivologo, del pneumologo, del geriatra, del palliativista, ecc.), per accertamenti strumentali, ove possibile, direttamente presso le U.d.O. o per via telematica, anche per evitare trasferimenti rischiosi o inutili e per garantire il trattamento diagnostico/terapeutico/riabilitativo nel più adeguato contesto assistenziale per l'ospite/paziente. Al riguardo potranno, quindi, essere definiti percorsi nella massima sicurezza anche per le cure ospedaliere indifferibili e continuative/cicliche (esempio: dialisi, chemioterapia, radioterapia, ecc.) nonché percorsi privilegiati per le persone con grave e gravissima disabilità intellettiva, comunicativa e motoria per la fruizione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali (cfr. DGR N° VII/4094 del 30/03/2001 per l'istituzione del Progetto DAMA – Disabled Advanced Medical Assistance).

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

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

La decisione deve essere condivisa con l'ospite/paziente, quando possibile, con i familiari ovvero con il legale rappresentante e in conformità con le eventuali Direttive Anticipate di Trattamento del paziente. L'accesso alle terapie del dolore e alle cure palliative deve essere sempre assicurato nei casi necessari.

Si conferma l'attività dell'apposito gruppo di lavoro della DGW con le ATS istituito con il Decreto N° 7897 del 03/07/2020, il cui esito è funzionale anche e soprattutto al processo di socializzazione di Buone Pratiche tra le strutture della rete territoriale, per un permanente miglioramento della capacità di contenimento del contagio e della gestione dell'infezione da SARS-CoV-2 da parte del sistema, in contesto pandemico.

Le attività di vigilanza-controllo svolte dalle ATS, relative all'adozione da parte degli Enti stessi dei piani organizzativo-gestionali, hanno prevalentemente carattere di audit, fatto salvo l'esercizio del controllo per le condizioni evidenti di inottemperanza grave con pregiudizio della sicurezza di utenti e operatori. Si conferma che le valutazioni dei piani organizzativo-gestionali da parte delle ATS si effettuano in contesto giuridico differente dal caso di presentazione di SCIA.

FORMAZIONE E INFORMAZIONE

Si riconfermano i contenuti indicati nel paragrafo “Formazione e informazione” dell’Allegato A alla DGR N° 3226/2020.

REFERENTE COVID-19

Per l’individuazione di un referente per la prevenzione e il controllo delle infezioni correlate all’assistenza e specificatamente per COVID-19, si rimanda a quanto indicato nel già citato Documento del “Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – COVID-19. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie. Versione del 17 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 - Rapporto ISS COVID-19, n.4/2020 Rev.” oltre a quanto indicato nel Documento “Osservatorio Nazionale Autismo ISS. 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 30 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev.).

Il Referente COVID-19 può coincidere con il Responsabile del servizio oppure, ove presente, con il Direttore sanitario. È possibile il ricorso a consulente esterno ovvero in condivisione tra differenti Enti gestori.

Il Referente COVID-19, pur non rappresentando una figura professionale declinata in univoca normativa, deve avere uno specifico profilo di competenza per il coordinamento degli interventi di pianificazione e monitoraggio delle soluzioni anche organizzative più appropriate e sostenibili per la prevenzione e controllo di COVID-19. Il Referente COVID-19 deve, quindi, garantire l’effettiva applicazione dei piani organizzativo-gestionali di cui sopra anche attraverso la stesura di procedure e istruzioni operative.

Le competenze autocertificate, sia che si tratti di corsi di formazione che di esperienza tecnico-professionale acquisita, devono essere accertate dall’U.d.O. e verificate dalla ATS, come previsto dalla normativa.

Al fine dell’implementazione/adesione alle buone pratiche e all’identificazione di nuove strategie d’intervento/miglioramento per fronteggiare l’emergenza da SARS-CoV-2, è raccomandato, almeno presso le strutture residenziali, il confronto del Referente COVID-19 con un comitato multidisciplinare (o comunque con il responsabile sanitario della struttura se non già coincidente con il Referente COVID-19).

Alle ATS, attraverso le proprie organizzazioni dipartimentali e territoriali, spetterà la verifica dell’avvenuta individuazione del Referente COVID-19 e l’acquisizione dei suoi recapiti, nonché il mantenimento di un canale informativo costante al fine di trasferire atti di indirizzo regionali/nazionali o normativa sul tema per un aggiornamento permanente del Referente stesso e dell’Ente gestore.

REGOLAMENTAZIONE DEGLI ACCESSI DI SOGGETTI ESTERNI E DEL PERSONALE

Un attento governo dell'ingresso di casi positivi o sospetti di COVID-19 è di fondamentale importanza, mediante attenta regolamentazione degli accessi nella struttura, la quale dovrà adottare specifiche procedure.

La prevenzione di nuovi focolai tra ospiti/pazienti passa attraverso una rigorosissima regolamentazione degli accessi di soggetti esterni e del personale e delle modalità di ingresso e permanenza in struttura. Devono essere previste modalità attive di sorveglianza sanitaria e flussi di accesso ad aree comuni/stanze tali da consentire il più possibile il distanziamento interpersonale e l'uso dei DPI.

In caso di riscontro di sintomi sospetti COVID-19 e/o febbre, deve sempre essere vietato l'ingresso in struttura a qualsiasi soggetto esterno, rinviandolo in sicurezza al MMG per quanto di competenza. In caso di riscontro di sintomi e/o febbre in soggetti esterni e operatori, si rinvia alla DGR N° XI/3114 del 07/05/2020 ad oggetto: "Determinazioni in merito alle attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia COVID-19".

Ai fini della sorveglianza di soggetti esterni, operatori e di ospiti/pazienti si richiamano:

- la sopra citata DGR N° XI/3114 del 07/05/2020;
- la DGR N° N° XI/3115 del 07/05/2020 ad oggetto: "Indirizzi per l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia da COVID-19" e successive modifiche ed integrazioni;
- la nota Protocollo 0018584-29/05/2020-DGPRES-DGPRES-P ad oggetto: "Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni";
- la nota Protocollo G1.2020.0022959 del 15/06/2020 ad oggetto: "Ulteriori indicazioni per la sorveglianza COVID";
- la DGR N° XI/3264 del 16/06/2020 ad oggetto: "Piano di riordino della rete ospedaliera: attuazione dell'art. 2 del D.L. 34/2020" e successive modifiche ed integrazioni;
- la nota Protocollo G1.2020.0027317 del 23/07/2020 ad oggetto: "Precisioni in ordine alla disposizione delle misure di quarantena e all'effettuazione di test diagnostici per Covid-19 in operatori sanitari e socio-sanitari e ulteriori determinazioni in aggiornamento della nota prot. 0018584-29/05/2020-DGPRES-DGPRES-P in tema di sorveglianza e contact-tracing;
- il redigendo Piano operativo di potenziamento della rete di assistenza territoriale in attuazione dell'art.1 Legge 17 luglio 2020, n. 77.

Gli atti qui appena richiamati costituiscono, allo stato attuale delle conoscenze, punto di riferimento per l'attuazione degli adempimenti necessari funzionali alla tempestiva segnalazione dei nuovi casi sospetti o accertati e della disposizione delle misure di isolamento.

Con riferimento alla tutela degli operatori, si precisa che il percorso di sorveglianza sanitaria è descritto in dettaglio in documenti specifici, così come le indicazioni di dotazione dei dispositivi di protezione individuale. Si ritiene utile in questa sede precisare che gli indirizzi di sorveglianza sanitaria degli operatori, unitamente alle indicazioni di protezione individuale, assumono valenza nodale per il contenimento del contagio e prevenire l'insorgenza di nuovi focolai. Il limite tra tutela del lavoratore e tutela della collettività è sottile: la tutela dell'operatore contribuisce largamente alla tutela della collettività e la tutela della collettività ha un impatto sulla sicurezza del lavoratore.

Per tale ragione la tutela sanitaria degli operatori deve seguire i principi di massima cautela preventiva con la previsione di possibili ed auspiccate soluzioni logistiche dedicate agli stessi per il rispetto delle condizioni di isolamento domiciliare, ove questo si renda necessario e in caso di recrudescenza dell'epidemia.

Le autorizzazioni e le modalità di accesso dei familiari alle strutture devono essere sempre valutate dal responsabile medico della U.d.O. sociosanitaria ovvero dal Referente COVID-19, a tutela del paziente e degli altri ospiti, al fine di commisurare sicurezza e attenzione ai bisogni di salute anche relazionali.

Il responsabile medico della U.d.O. sociosanitaria ovvero il Referente COVID-19 valuta i percorsi di accesso dei familiari (visite, incontri presso le U.d.O.) anche ripetuti, adatti alle condizioni dell'ospite/paziente ovvero alla sua disabilità. Gli incontri con i genitori e/o altri familiari costituiscono spesso parte integrante dei programmi terapeutici dei pazienti, ad esempio, con disturbi psichici e/o di dipendenza. Sono da favorire e promuovere strumenti volti all'informazione e responsabilizzazione degli ospiti/pazienti e/o dei loro legali rappresentanti in merito ai comportamenti da assumere durante le visite in struttura oppure in caso di rientri a casa, uscite educative/lavorative o di svago o anche di prestazioni semiresidenziali o ambulatoriali erogate regolarmente o di gruppo (vedi oltre). Quanto sopra trova necessaria rimodulazione in funzione dell'andamento dei contagi nella popolazione generale.

Le modalità degli incontri devono essere dettagliate nel piano operativo-gestionale di cui sopra, con particolare specificità alla patologia trattata, all'età dell'ospite della struttura e alle caratteristiche logistiche della struttura stessa. Il piano deve contenere le indicazioni relative all'indagine volta ad escludere per i familiari eventuale sintomatologia correlabile a COVID-19 e/o contatti con persone potenzialmente infette nei 14 giorni precedenti, le procedure di ingresso in Struttura (misurazione temperatura corporea, utilizzo dispositivi, registrazione dei nominativi da conservarsi per 14 giorni, ecc.), le modalità di svolgimento dell'incontro (all'aria aperta quando possibile, distanziamento, ecc.), la sensibilizzazione dei familiari rispetto all'immediata segnalazione di insorgenza di sintomi nei due giorni successivi all'ultimo incontro.

Anche i rientri a casa costituiscono spesso parte integrante e obiettivo dei programmi terapeutici dei pazienti con, ad esempio, disturbi psichici e/o di dipendenza. La criticità di una corretta gestione di tutte le misure precauzionali in un ambiente differente da quello della struttura sociosanitaria impone la massima prudenza e la valutazione da parte del responsabile medico della U.d.O. ovvero del Referente COVID-19 del bilancio rischi/benefici per le singole situazioni. Le modalità di tali rientri devono essere dettagliate nel piano operativo-gestionale con particolare riferimento alla patologia trattata, all'età dell'ospite della struttura, all'affidabilità dei familiari. Il piano deve contenere le modalità da attivarsi sia in via preventiva (indagine volta ad escludere per i familiari eventuale sintomatologia correlabile a COVID-19 e/o contatti con persone potenzialmente infette nei 14 giorni precedenti, utilizzo di dispositivi, ecc.), che dopo la permanenza a casa (immediata segnalazione da parte dei familiari di eventuale insorgenza di sintomatologia correlabile a COVID-19 fino a 2 giorni successivi all'ultimo contatto), nonché le procedure di rientro in struttura (misurazione temperatura corporea, presenza di sintomi sospetti per COVID-19, ecc.).

Per tutto quanto non già sopra indicato, si rimanda alle indicazioni ad interim del gruppo di lavoro ISS già menzionate.

REGOLAMENTAZIONE DEGLI INGRESSI DEGLI UTENTI

Con riferimento alla presa in carico di nuovi utenti per le prestazioni di carattere ambulatoriale, si rimanda alle previsioni di cui alla DGR 3115/2020 e sue successive modifiche.

Per la presa in carico di pazienti nel setting domiciliare, si rimette al MMG/PLS l'eventuale richiesta di indagini di laboratorio per la diagnosi di COVID-19, in rapporto alle valutazioni clinico-anamnestiche del suo assistito anche dopo eventuale confronto con il Responsabile sanitario della U.d.O. Sociosanitaria che eroga le prestazioni ovvero con il Referente COVID-19. Si rimanda, altresì, al Documento del Gruppo di lavoro ISS "Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19", Versione del 7 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.1/ 2020).

Per gli utenti che necessitano di una presa in carico nei rimanenti setting sociosanitari residenziali e semiresidenziali, sia provenienti dal domicilio che ricoverati presso altra struttura (ospedale per acuti o altra struttura sanitaria o sociosanitaria residenziale), devono risultare negative tutte le seguenti condizioni:

- 1) la valutazione clinico-anamnestica volta ad individuare segni e sintomi di COVID-19 nei 14 giorni precedenti alla presa in carico;
- 2) l'esposizione a casi positivi o sospetti per COVID-19 nei 14 giorni precedenti alla presa in carico;
- 3) la refertazione di 1 tampone nasofaringeo.

L'esecuzione del tampone nasofaringeo con ottenimento del referto deve avvenire entro 72 ore dalla presa in carico, prevedendo l'isolamento del paziente tra l'esecuzione del prelievo e la presa in carico stessa. Contestualmente all'esecuzione del tampone naso-faringeo dovrà essere effettuato anche il test sierologico per COVID-19, il cui referto non influenza la presa in carico.

Per i pazienti a domicilio, la struttura accettante si avvale del MMG/PLS per integrare le necessarie informazioni clinico-anamnestiche e per la richiesta di attivazione dell'ADI finalizzata all'esecuzione del tampone naso-faringeo e del test sierologico a casa del paziente.

Per i pazienti provenienti da altra struttura di ricovero, le valutazioni clinico-anamnestiche, l'esecuzione del tampone naso-faringeo e del test sierologico sono in capo alla struttura dimettente e devono essere formalmente e tempestivamente comunicate alla struttura accettante.

Il tampone pre-ingresso (oltre al contestuale test sierologico) potrà essere eseguito direttamente presso la struttura in cui verrà preso in carico, solo se la struttura stessa ha previsto l'allestimento di un'area di accoglienza temporanea dedicata e l'adozione di misure organizzativo-logistiche idonee a garantire adeguato distanziamento fisico e isolamento funzionale fra gli ospiti (cfr. alle indicazioni ad interim del gruppo di lavoro ISS di cui sopra) e qualora si evidenzino almeno una delle seguenti condizioni:

- a. isolamento fiduciario al domicilio non praticabile per impedimenti abitativi/sociali/familiari;

b. ospite/paziente con grave compromissione clinica, con disturbi comportamentali, con disturbi dello spettro autistico, con disabilità intellettiva o, più in generale, che necessita di alti livelli di specializzazione assistenziale non procrastinabili;

c. ospite/paziente residente o domiciliato in aree territoriali molto distanti dalla U.d.O. coinvolta nella presa in carico ovvero in altre ATS o fuori Regione.

L'eventuale negatività del tampone naso-faringeo di cui sopra non implica la sicurezza che l'ospite/paziente non possa sviluppare una malattia nei giorni successivi e quindi dovrà essere temporaneamente posto in isolamento, assicurando attenta vigilanza clinica volta a cercare l'eventuale insorgenza di febbre (misurazione della temperatura corporea almeno due volte al dì) e/o di sintomi sospetti per COVID-19 (anamnesi attiva). Il tampone negativo all'ingresso dovrà, pertanto, essere ripetuto dopo 14 giorni ovvero ripetuto dopo 24 ore se il test sierologico è positivo, prima della collocazione definitiva del paziente.

Qualora la valutazione clinico-anamnestica ponesse il sospetto per COVID-19 o il tampone naso-faringeo risultasse positivo, il paziente non potrà essere preso in carico da nessuna struttura sociosanitaria. Nel caso di utenti con anamnesi certa per COVID-19 la presa in carico da parte di U.d.O. Sociosanitaria è possibile solo previa verifica di guarigione certa, come da indicazioni ministeriali, attestata dal medico.

I pazienti COVID positivi in fase terminale possono essere gestiti unicamente in Hospice che hanno previsto l'allestimento di un'area di accoglienza dedicata e l'adozione di misure organizzativo-logistiche idonee a garantire adeguato distanziamento fisico e isolamento funzionale fra gli ospiti (cfr. alle indicazioni ad interim del gruppo di lavoro ISS di cui sopra). Analogamente, in via del tutto eccezionale, per gli ospiti/pazienti COVID positivi con condizioni di grave compromissione del quadro clinico e/o psichiatrico o di disabilità, si può prevedere la prosecuzione dell'assistenza in struttura, adottando tutte le misure di massima sicurezza per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2, secondo le raccomandazioni sopraindicate e che via via vengono fornite dagli organismi ministeriali e regionali.

Il Responsabile sanitario ovvero il Referente COVID-19 della U.d.O. Sociosanitaria, anche in accordo con il MMG/PLS, possono valutare l'indicazione ad utilizzare altre modalità di testing rispetto a quelle sopraindicate in relazione alla compliance degli utenti (es. pazienti disabili, dell'area della salute mentale, NPIA e dipendenze, ecc.) dandone motivazione nella documentazione clinica e aggiornando il piano organizzativo-gestionale.

È in capo alla ATS territorialmente competente il coordinamento con gli Enti Gestori per l'effettuazione degli esami di laboratorio sopraindicati, per i quali è previsto onere economico a carico del SSR. È altresì in capo all'ATS la verifica dell'adozione da parte delle strutture di misure coerenti con quanto raccomandato dall'ISS in merito all'isolamento, precisando che in tutte le strutture residenziali devono comunque essere identificate alcune stanze, in numero adeguato al numero dei residenti, che consentano la quarantena e l'isolamento di casi sospetti/probabili/confermati COVID-19.

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

Si riconfermano i contenuti indicati nel paragrafo "Indicazioni per l'igiene degli ambienti e locali e dei mezzi di trasporto" dell'Allegato A alla DGR N° 3226/2020.