

COMITATO REGIONALE EMERGENZA-URGENZA ABRUZZO

CREA

Verbale di incontro del 04/05/2020 ore 12:00

(Rif.to convocazione nota prot. ASR n. 488 del 29/04/2020)

Il CREA specifica in premessa l'ambito delle proprie competenze, attribuite dal D.C.A. n.11/2013, in qualità di organismo tecnico deputato a promuovere adeguati livelli di assistenza dal primo soccorso a tutte le fasi successive, a favorire l'integrazione organizzativa di processi, risorse e procedure sanitarie delle strutture deputate alla emergenza-urgenza della Regione, nonché a promuovere i collegamenti tecnico – organizzativi con tutti gli ospedali regionali.

Richiamata la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per 6 mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale, relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Visto l'art. 13, comma 1, del D.L. n. 14 del 9 marzo 2020 che prescrive espressamente: "Al fine di impiegare il personale sanitario delle strutture pubbliche o private prioritariamente nella gestione dell'emergenza, le Regioni e le Province autonome, possono rimodulare o sospendere le attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti, ivi incluse quelle erogate in regime di libera professione intramuraria";

Visto il D.P.C.M. 10 aprile 2020 concernente ulteriori disposizioni attuative del Decreto Legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili all'intero territorio nazionale;

Visto il D.P.C.M. 26 aprile 2020, concernente ridefinizione delle misure per il contenimento dell'epidemia da COVID-19 applicabili sull'intero territorio nazionale;

Considerato che con le Circolari del Ministero della Salute del 29 febbraio e del 1° marzo 2020 sono state impartite indicazioni generali in merito alla rimodulazione dell'attività programmata in corso di emergenza COVID-19 e con la n.7422 del 16 marzo 2020 sono state trasmesse le "Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19", condivise ed approvate dal Comitato Tecnico-Scientifico della Protezione Civile, fermo restando l'indicazione di procedere alla riprogrammazione non appena possibile delle prestazioni valutate procrastinabili;

Richiamato che la regione Abruzzo in una prima fase dell'emergenza epidemiologica ha provveduto con OPGR n. 3/2020 e OPGR n. 7/2020, e successive proroghe come da OPGR n. 23, n. 37, e con l'OPGR n. 44 del 2020, a sospendere l'attività ambulatoriale procrastinabile, inclusa la chirurgia ambulatoriale, le attività



in regime semiresidenziale e domiciliare, e i ricoveri programmati sia medici che chirurgici, fatte salve le specifiche deroghe previste. In una fase successiva, con l'OPGR n. 44/2020 la Regione ha esteso l'erogazione delle prestazioni di attività ambulatoriale, inclusa la chirurgia ambulatoriale delle strutture pubbliche e private autorizzate e accreditate, relative a richieste di esami o visite in classe di priorità B, in aggiunta alle prestazioni, mai sospese, della classe di priorità U.

Ravvisato che allo stato attuale, pur permanendo la fase emergenziale, le necessità di impegno del sistema sanitario a farvi fronte appaiono compatibili con l'impostazione di una fase programmatoria volta al riavvio graduale delle attività sospese, che deve comunque essere improntata a criteri di garanzia della sicurezza dei pazienti e degli operatori rispetto al rischio di contagio e, al tempo stesso, di tutela della salute dei pazienti, che necessitano di trattamento non ulteriormente rimandabili, con l'obiettivo generale di supportare la tenuta del sistema sanitario;

Ravvisato che alla luce del miglioramento in atto nella regione Abruzzo dell'evoluzione del quadro epidemiologico, la Regione può pianificare direttive di governance per riorganizzare e garantire l'accesso a servizi sanitari essenziali. Tale riprogrammazione trova fondamento anche con quanto espresso nella "Guida operativa per il mantenimento dei servizi essenziali durante l'epidemia COVID-19" pubblicata dall'OMS il 25.3.2020, che indica la necessità di mantenere la fiducia della popolazione nel sistema sanitario che deve essere capace di soddisfare in modo sicuro i bisogni essenziali e di controllare il rischio di infezione nelle strutture sanitarie, per prevenire sia la mortalità diretta per epidemia sia l'aumento della mortalità indiretta da diverse condizioni prevenibili.

TANTO PREMESSO

Il CREA raccomanda che ciascuna Azienda Sanitaria applichi le indicazioni contenute nel presente verbale adottando un piano di riavvio delle attività sanitarie sospese che tenga conto delle singole specificità organizzative, strutturali e di contesto, previo un adeguato periodo di preavviso per una corretta riprogrammazione secondo il cronoprogramma allegato al presente verbale (Allegato 1), predisponendo per contrastare il rischio di ripresa di focolai epidemici da COVID 19, misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti che afferiscono alle strutture sanitarie per esigenze di salute, di lavoro o di carattere sociale.

Le indicazioni relative alle misure da adottare per prevenire il contagio e gestire il riavvio delle attività sanitarie nell'attuale scenario epidemiologico sono dirette e valide per tutte le strutture che erogano prestazioni sanitarie, siano esse pubbliche in regime istituzionale e libero professionale, siano esse private accreditate, private autorizzate o in convezione e attività professionale in extramoenia. Tali indicazioni rappresentano evidentemente una prima versione ad interim e cambiamenti significativi della situazione epidemiologica e di contesto potranno determinare, in conformità con il Decreto del Ministero della Salute del 30 aprile 2020, una modifica degli stessi.

Misure generali di accesso alle strutture ospedaliere/sanitarie

L'accesso alle strutture sanitarie deve avvenire, in linea di principio, previa prenotazione, sia per le prestazioni sanitarie che per quelle amministrative, privilegiando prioritariamente le attività da remoto al fine di garantire un accesso in condizioni di sicurezza igienico-sanitaria.

Ciò significa innanzitutto osservare il principio che alla struttura sanitaria accedono solo le persone che: devono fruire di prestazioni sanitarie (urgenti o programmate) o amministrative; devono far visita ad un congiunto; vi lavorano come interni o esterni.

Questo criterio comporta obbligatoriamente da parte delle aziende e dei responsabili delle strutture pubbliche e private la regolamentazione degli accessi ed il mantenimento del complesso di misure di igiene e sanità pubblica funzionali al contenimento del rischio di infezione.

Le misure di regolamentazione dell'accesso all'ospedale comprendono in particolare:

1. la limitazione degli accessi ai casi di reale necessità;
2. il distanziamento sociale negli spazi pubblici e nelle sale d'attesa;
3. la prevenzione della trasmissione per droplet;
4. l'igiene delle mani.

L'applicazione delle misure generali di prevenzione è richiamata anche dalle Ordinanze del Presidente della Giunta Regionale n. 3, 7, 44 e 45 del 2020 e dovranno essere mantenute, al fine di prevenire la trasmissione dell'infezione da SARS-CoV 2, anche a seguito della riduzione/cessazione delle limitazioni all'accesso in ospedale/struttura sanitaria da parte della popolazione.

Regolamentazione degli accessi

- Gli ingressi per gli utenti vanno presidiati da personale incaricato che, facendo sostare gli utenti a distanza di almeno 1 metro gli uni dagli altri, avrà il mandato di:
 - verificare le condizioni di salute della persona (temperatura e altre condizioni che controindichino l'ingresso);
 - verificare la dotazione di idonea copertura di naso e bocca, mediante l'uso di mascherine, sottolineando come né operatori sanitari né utenti devono circolare in assenza di DPI all'interno degli spazi comuni delle strutture sanitarie;
 - far eseguire l'igiene delle mani, fornendo il gel alcolico;
- L'accesso non è consentito agli accompagnatori, eccezion fatta per minori, disabili, utenti fragili e non autosufficienti, nel qual caso è consentito l'accesso ad un solo accompagnatore;
- In presenza di temperatura corporea $>37,5^{\circ}\text{C}$ o di altre motivazioni cliniche che controindichino l'ingresso, deve essere impedito l'accesso alla persona e/o all'eventuale accompagnatore;
- Nel caso di utenti che, pur in presenza di temperatura corporea $>37,5^{\circ}\text{C}$ e/o sintomi in atto,



deve effettuare prestazioni sanitarie indifferibili, potrà essere fatto accedere, ma tramite modalità dedicate, che ogni struttura dovrà definire;

- Al personale dipendente che presenti sintomatologia respiratoria e/o febbre/febricola (temperatura corporea $>37,5^{\circ}\text{C}$) è fatto obbligo di rimanere al proprio domicilio; qualora la sintomatologia insorga durante il servizio, il dipendente deve avvisare immediatamente il Responsabile dell'U.O. e il Medico Competente della struttura per l'immediato rientro al domicilio, sottoponendosi all'esecuzione del tampone nasofaringeo per la ricerca di SARS-CoV-2.

Le aperture delle strutture sanitarie pubbliche e dei Distretti sanitari potranno garantire la possibilità di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali anche negli orari pre-festivo, festivo e serale. Gli Ospedali/Reparti COVID dovranno predisporre percorsi separati che evitino la possibilità del contatto fra gli utenti esterni ed i malati COVID.

In tutti gli spazi ed i locali delle strutture sanitarie va assicurata una distanza fra le persone di almeno 1 metro, specie negli spazi comuni, che comprendono: sale d'attesa dei vari servizi/reparti, corridoi, le zone ristoro, i servizi igienici, gli spazi di attesa esterni aperti. Il personale preposto di ogni reparto/servizio/ambulatorio dovrà verificare che tale distanza sia rispettata da tutti.

Si raccomanda espressamente in tutte le strutture sanitarie la necessità di distribuire dispenser di gel alcolico e adeguata cartellonistica nei punti strategici della struttura, per richiamare l'attenzione dell'utenza e degli operatori sulla necessità di procedere frequentemente ad igiene delle mani mediante lavaggio con acqua e sapone o con gel alcolico.

Accesso in ospedale per ricovero d'urgenza

Il ricovero urgente avviene normalmente con due modalità: dal PS o da un ambulatorio. In entrambi i casi deve essere eseguito il tampone nasofaringeo ed in attesa del referto il paziente va trattato come COVID positivo e trattenuto in un'area dedicata ai casi sospetti, salvo diversa indicazione al trasferimento in una specifica area (es. UU.OO. Malattie Infettive, Terapia Intensiva, Sub-Intensiva, Radiologia, Emodinamica, Sala Operatoria, ecc.).

Qualora, invece, debba essere sottoposto ad un trattamento d'emergenza, va considerato come un malato COVID e trasferito negli spazi/locali di diagnosi/trattamento osservando tutte le cautele del caso.

Questo criterio comporta che ogni struttura ospedaliera debba identificare spazi e percorsi dedicati ad eventuali soggetti con infezione da COVID sospetta o accertata.

Accesso in ospedale per ricovero programmato

Il ricovero programmato deve prevedere nei giorni immediatamente precedenti l'esecuzione del tampone diagnostico, in regime di pre-ricovero. Questo deve comprendere anche la considerazione della necessità o



meno di procedere ad approfondimento diagnostico mediante Rx torace. Il soggetto negativo segue il percorso di ricovero ordinario. Diversamente, qualora il tampone risulti positivo, il ricovero andrà evitato a meno della presenza di patologie tempo-dipendenti o di criticità cliniche non rinviabili.

Ricoveri programmati medici e chirurgici

Per ciò che riguarda i ricoveri programmati medici e chirurgici da parte delle strutture pubbliche si raccomanda le Direzioni Aziendali di pianificare il graduale recupero delle attività chirurgiche e mediche sospese, prevedendo una riattivazione nel periodo intercorrente dall'**11 al 18 maggio** per tutti i ricoveri medici e chirurgici programmati in classe di priorità B e dal **18 maggio** tutti i ricoveri in Day Hospital, secondo le specificità organizzative, strutturali e di contesto delle ASL, adottando misure volte a ridurre al minimo i rischi legati all'infezione da SARS-CoV-2 nel percorso dei pazienti sottoposti ad interventi chirurgici o a ricoveri in area medica.

Per le strutture dell'ospitalità privata a decorrere dallo stesso periodo non si considera più necessario il ridimensionamento dell'attività elettiva, come da punto 16 dell'OPGR n. 3 del 9 marzo 2020. Per l'attività chirurgica si specifica, inoltre, quanto segue:

- Interventi chirurgici in emergenza

Il paziente che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico in emergenza, data l'impossibilità di attendere l'esito del tampone, viene gestito come se fosse un paziente COVID positivo.

- Interventi chirurgici urgenti

Il paziente che accede al PS e necessita di un intervento chirurgico in urgenza esegue il tampone e l'attesa del risultato dovrà avvenire in un'area dedicata. Qualora, per motivi clinici, non sia possibile effettuare il test o attenderne il risultato, dovrà essere gestito come se fosse COVID positivo, con l'utilizzo dei DPI adeguati. Eventuali ulteriori accertamenti potranno essere di volta in volta stabiliti dal personale medico.

Nei casi di pazienti da sottoporre ad altre pratiche anestesiolgiche che possono comportare la produzione di aerosol, si dovranno adottare le medesime precauzioni.

- Interventi chirurgici programmati in regime di ricovero

- I pazienti eleggibili ad intervento chirurgico verranno primariamente contattati per verificare l'assenza di febbre e/o sintomatologia respiratoria e di eventuali contatti con soggetti SARS-CoV-2 positivi.
- I pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico in elezione, saranno testati, nei giorni immediatamente precedenti il ricovero, con tampone naso faringeo per COVID, secondo i codici di priorità definiti dall'OPGR n. 53/2020, ed eventualmente eseguiranno una radiografia del



torace. I pazienti accederanno all'intervento chirurgico in elezione come pazienti NO-COVID in assenza di sintomatologia clinica, con tampone naso faringeo ed eventuale Rx torace negativi. I pazienti pediatrici e le donne in gravidanza non eseguiranno l'Rx torace ed accederanno in sala operatoria a fronte di tampone naso faringeo e visita medica negativi per COVID.

- Nel caso in cui il paziente risultasse COVID positivo, sarà necessario rivalutare l'indicazione all'intervento chirurgico; qualora esso risultasse improcrastinabile, andranno messe in atto tutte le misure precauzionali necessarie.

Pertanto, nell'ambito delle liste di attesa determinatesi per la sospensione causata dall'emergenza, per singola disciplina, e sulla base dell'organizzazione delle singole strutture, devono essere identificati prioritariamente gli interventi "non differibili" in relazione a:

- classe di priorità (Classe A e B, per quest'ultima a partire dai pazienti già in lista e per i quali sono già trascorsi i 60 giorni di attesa);
- patologia (con priorità per i pazienti oncologici e problematiche materno-infantili);
- condizione clinica (pazienti in evoluzione negativa/aggravamento).

I casi dovranno comunque essere valutati dallo specialista in relazione allo specifico quadro clinico.

In pazienti sospetti o confermati COVID-19, la chirurgia deve essere rimandata, ove possibile, fino a negativizzazione del test molecolare, restando nella facoltà e responsabilità del team di cura l'indicazione a procedere al fine di evitare il peggioramento della prognosi.

È essenziale nella pianificazione delle Aziende Sanitarie e dell'Ospedalità Privata la necessità di rispettare durante tutto il percorso in ospedale (ricovero, sala operatoria, ricovero post-operatorio, dimissione) il principio di separazione dei pazienti con infezione confermata o sospetta COVID-19 dagli altri pazienti.

È pertanto fondamentale prestare la massima attenzione nel caso di nuova ammissione di pazienti all'interno di un reparto. Occorre che le Direzioni Sanitarie garantiscano la netta separazione tra il percorso dedicato al COVID, e quello "pulito", da tenere al più possibile riparato dall'infezione, definendo percorsi differenziati COVID/NO COVID, in cui vanno assolutamente evitati momenti di promiscuità tra gli stessi, sia per il personale sia per i materiali, da e per le diverse Unità Operative. In particolare vanno fornite al personale le indicazioni necessarie per il corretto approccio all'assistenza del caso sospetto o confermato, all'utilizzo corretto dei Dispositivi di Protezione Individuale e dei comportamenti da seguire; devono essere identificati e tenuti separati i percorsi pulito-sporco per la fornitura materiali (farmaci, presidi, biancheria); per il servizio ristorazione soprattutto per quanto riguarda il riassetto post prandiale (privilegiando



materiali monouso); per l'eliminazione dei rifiuti speciali e non, con definizione di apposito protocollo aziendale.

In ottemperanza con il DPCM del 26 aprile 2020 art.1 lett. x), l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità è limitata ai soli casi indicati dalla Direzione Sanitaria della struttura, che è tenuta a formalizzare e adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione.

Per favorire e rafforzare la sensibilizzazione e la formazione dei pazienti e dei visitatori eccezionalmente autorizzati è importante utilizzare promemoria visivi come poster, cartelli, volantini, screen-saver posti all'ingresso del reparto, che devono insistere sull'igiene delle mani, sul distanziamento sociale e sulla necessità di monitorare il proprio stato di salute.

Attività ambulatoriale

La Circolare Ministeriale n. 8076 del 30 marzo 2020, a chiarimento di quanto indicato nella Circolare Ministeriale n. 7422/2020 del 16 marzo 2020 a proposito delle attività programmate da considerare clinicamente differibili, in base a valutazione del rapporto rischio-beneficio, raccomanda di includere nelle attività non procrastinabili, sia ambulatoriali che di ricovero, tutte le attività programmate di ambito oncologico (incluse le prestazioni di II livello previste dalle campagne di screening oncologico), nonché le attività programmate volte alla tutela della salute materno-infantile. **La stessa circolare n. 7422 chiarisce che le prestazioni procrastinabili in regime ambulatoriale e di ricovero dovranno essere riprogrammate non appena possibile.**

Per la ripresa delle attività (cosiddetta "Fase 2") occorre mettere in atto tutte le misure che garantiscano ai cittadini l'accesso in sicurezza e consentano a tutto il personale sanitario di svolgere il loro lavoro nel rispetto delle misure preventive raccomandate.

In linea con gli indirizzi ministeriali, anche nella fase di riattivazione dei servizi occorrerà privilegiare, ove possibile, modalità assistenziali "a distanza", cioè quelle che non comportano necessariamente la presenza fisica della persona, già sperimentate durante l'emergenza. Si raccomanda quindi l'implementazione dell'uso di strumenti e modalità di gestione delle prestazioni a distanza e di telemedicina in particolar modo in alcune aree di attività per le quali non è richiesto un contatto fisico o comunque ravvicinato tra il paziente ed il medico.

Alla luce del miglioramento del quadro epidemiologico, nel periodo intercorrente dall'**11 al 18 maggio**, secondo le specificità organizzative, strutturali e di contesto, è possibile consentire la ripresa graduale dell'erogazione delle prestazioni programmabili e non urgenti da parte delle strutture del sistema sanitario pubblico e privato, che sono state sospese a causa dell'epidemia.



Nello specifico possono essere garantite le prestazioni di attività ambulatoriale delle strutture pubbliche e private autorizzate e accreditate, relative a richieste di esami o visite in **classe di priorità D** (Differibile), oltre a quelle già previste e consentite dalla normativa regionale vigente. Viene raccomandata, secondo disposizioni aziendali, nella prima fase di transizione e di riavvio delle attività ordinarie di dare priorità ai casi in cui l'approfondimento diagnostico è strettamente necessario alla definizione di un quadro clinico complesso e all'avvio di una terapia appropriata, garantendo quelle prestazioni erogate prioritariamente alle esigenze di diagnosi per sintomi emergenti e alla presa in carico delle patologie con veloce variabilità nel tempo.

Si ritiene prorogata la sospensione temporanea dell'attività ambulatoriale per le priorità P (Programmata) e, pertanto, fino a diverse disposizioni regionali, coloro che sono prenotati con priorità P sono invitati a non presentarsi negli ambulatori.

I pazienti prenotati in classe D saranno ricontattati dal personale amministrativo dedicato per un nuovo appuntamento, secondo le procedure organizzative ed informatiche aziendali. Inoltre, in coerenza con le linee guida nazionali sul sistema CUP, la riprogrammazione dell'agenda deve avvenire definendo uno spazio temporale di erogazione, tale da non consentire assembramenti. Di conseguenza, una volta definito il tempo di apertura al servizio, con possibile orario flessibile 8.00-20.00, ogni prestazione è caratterizzata da un tempo predefinito di esecuzione, tale da garantire un adeguato intervallo temporale tra una prestazione e la successiva. Le prenotazioni dovranno essere recuperate ed erogate primariamente dalle strutture che non sono coinvolte ancora direttamente nella gestione dell'emergenza COVID-19 o dove vi sia il personale disponibile all'erogazione di attività specialistica in quanto non già impegnato in attività collegate all'emergenza.

Contestualmente la libera professione intramuraria potrà essere riattivata dalle Aziende Sanitarie per le discipline e le strutture in cui riprende analogo attività istituzionale, nel periodo intercorrente **dall'11 al 18 maggio**, secondo le specificità organizzative, strutturali e di contesto, avendo cura che essa si rivolga alle stesse tipologie di pazienti.

Si precisa inoltre che nell'ambito delle prestazioni non procrastinabili rientrano quelle da garantire ai pazienti che hanno avuto il COVID-19 e, nonostante siano stati dimessi dall'ospedale perché risultati negativi al virus, necessitano ancora di controlli per la presenza di complicanze.

Per quanto riguarda la chirurgia ambulatoriale si raccomanda di posticipare gli interventi programmati il cui esito a medio termine non abbia sostanziale impatto sulla qualità della vita della persona, soprattutto al fine di non sottrarre risorse comuni ad altri setting erogativi.

Sono inoltre garantiti i test di screening oncologico di I e II livello a partire dalla data del **18 maggio**.



Riabilitazione ambulatoriale e domiciliare

La precedente ordinanza presidenziale n. 44 del 20 aprile 2020 stabilisce che per l'area dell'assistenza specialistica riabilitativa ambulatoriale e domiciliare sia garantita primariamente la presa in carico delle persone con esiti recenti di patologie acute e disabilitanti, in cui i trattamenti riabilitativi siano necessari per ridurre o emendare deficit funzionali che, se non trattati, portano ad una condizione di disabilità protratta o permanente e/o al deterioramento delle capacità funzionali. La sopra citata ordinanza dispone altresì che per le condizioni disabilitanti ad andamento cronico, con o senza riacutizzazioni, relative a persone che non hanno presentato un recente evento acuto disabilitante venga valutata, con successivo provvedimento la possibilità di offrire modalità alternative di presa in carico in modo da differire l'intervento in presenza.

Alla luce dell'attuale miglioramento dell'andamento dell'infezione da SARS-CoV-2, a partire dall' **11 maggio** si dispone di:

1. **Adottare la modalità in presenza** per la valutazione e prime sedute in pazienti con:
 - esiti di interventi chirurgici, nei traumi e la fase immediatamente post acuta di patologie invalidanti neurologiche, cardiorespiratorie, oncologiche, viscerali (infarto, ictus, ecc.);
 - disfunzioni e patologie negli apparati muscolo-scheletrico, neurologico, vascolare e cardiorespiratorio indotti dal COVID-19 in pazienti dichiarati guariti a seguito di doppio tampone negativo;
 - gravi patologie disabilitanti dell'età evolutiva;
 - disfunzioni acute e sub-acute per le quali un intervento fisioterapico non tempestivo comporterebbe rischio di cronicizzazione o di insorgenza di patologie secondarie;
 - condizioni cronico-degenerative in fase di peggioramento del quadro funzionale.
2. **Utilizzare la modalità a distanza** per tutto ciò che è possibile come, a titolo di esempio, prevalutazione delle condizioni del paziente, monitoraggio e modifica di percorsi avviati in presenza con esercizi che possono essere autogestiti dal paziente o dal caregiver.

Sono, altresì, garantite le prestazioni di riabilitazione estensiva erogabile in ambito extra-ospedaliero, residenziale, a ciclo diurno, ambulatoriale e domiciliare, a partire dalla data dell'**11 maggio**.

Tutti i trattamenti di fisioterapia in presenza negli studi professionali/ambulatori comunque devono essere erogati solo in ottemperanza a tutti i seguenti criteri: che l'organizzazione degli spazi e degli appuntamenti sia tale da ridurre o, meglio, azzerare la compresenza di pazienti, che sia garantito il rispetto delle norme di distanziamento sociale tra essi (almeno un metro) e l'utilizzo obbligatorio da parte degli operatori sanitari dei DPI e, ove possibile, da parte dei pazienti oltre alle indicazioni generali si raccomanda che le Aziende



Sanitarie possano indicare agli erogatori privati criteri specifici da soddisfare per la ripresa dei servizi e richiedere l'adozione di procedure operative dettagliate.

Cure domiciliari

La OPGR n. 3 del 9 marzo 2020 e successive proroghe e la OPGR n. 44 del 20 aprile 2020, al fine di assicurare il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2, hanno disposto la sospensione dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), fatta eccezione delle prestazioni individuate come indispensabili dal medico/specialista di riferimento.

Vi sono aspetti peculiari dell'assistenza domiciliare che possono rendere problematico coniugare le esigenze terapeutiche e assistenziali con le misure di prevenzione e contenimento dell'infezione, e che vanno tenute presenti nella loro applicazione quali: la necessità, più che in altri settori sanitari, di una interazione protratta ed un contatto diretto o comunque ravvicinato con il paziente; la frequente situazione di presa in carico di persone con limitate capacità di comunicazione e collaborazione (ad es. per difficoltà cognitive di varia natura, disordini della coscienza, deficit sensoriali, o persone in età infantile); la frequente necessità di coinvolgimento di familiari o altre persone dell'ambiente di vita nel percorso di cura.

In relazione all'attività domiciliari disciplinate dalla DGR n. 693 del 18/09/2018, che sulla base del DPCM del 12 gennaio 2017, classifica le Cure Domiciliari in:

- Cure Domiciliari di Livello Base (CIA < 0.14)
- Cure Domiciliari Integrate di I livello (0.14 < CIA > 0.30)
- Cure Domiciliari Integrate di II livello (0.31 < CIA > 0.50)
- Cure Domiciliari Integrate di III livello (CIA > 0.50)

Si raccomanda fortemente che in tutti e quattro i livelli di CIA vadano rispettate sotto la responsabilità delle Direzioni Aziendali, le misure operative per attuare idonee azioni di contenimento del rischio epidemiologico, come di seguito:

1. Adozione di misure per l'identificazione degli eventuali casi sintomatici e dei loro conviventi o caregiver prima dell'accesso a domicilio, in modalità a distanza (es. informazione preventiva agli utenti dei servizi, triage o colloquio filtro);
2. Obbligo di utilizzo di dispositivi di protezione individuale secondo le indicazioni nazionali e regionali (OPGR n. 12 del 22 marzo 2020) in misura e qualità congrue alla tipologia ed ai volumi di attività erogata;



3. Adozione di misure di distanziamento sociale, quali ad esempio la limitazione o la regolamentazione degli accessi per famigliari e caregiver, limitandoli a quanto strettamente necessario ed utile ai fini di assistenza personale, supporto relazionale o collaborazione al PAI/PRI);
4. Adozione di modalità alternative di erogazione delle prestazioni in tutti i casi in cui ciò sia possibile (consulenze telefoniche o altri sistemi di teleassistenza e telepresenza, materiale informativo-educativo consultabile a distanza...).

Fermo restando gli interventi assistenziali già garantiti con le disposizioni dettate dall'OPGR n. 3 e n. 44, l'evoluzione del quadro epidemiologico consente allo stato attuale di pianificare a partire dall'**11 maggio** la graduale e completa ripresa delle Cure Domiciliari Integrate di II livello, Cure Domiciliari Integrate di III livello, Cure palliative domiciliari di livello base, Cure palliative domiciliari di livello specialistico (CIA>0.50).

Per le cure Domiciliari di Livello Base (CIA < 0.14) e per le Cure Domiciliari Integrate di I livello (0.14< CIA > 0.30) viene raccomandata la graduale ripresa dell'attività assistenziale a partire dal **18 maggio**, fatte salve le prestazioni individuate come indispensabili del MMG/PLS dell'assistito o da un medico specialista pubblico o convenzionato con il SSR.

Indicazioni per il setting semiresidenziale

La regione Abruzzo ha disposto, con l'OPGR n. 3/2020 e l'OPGR n. 24/2020, la sospensione dell'attività assistenziale pubblica e privata autorizzata e accreditata in regime semiresidenziale, garantendo la prosecuzione esclusivamente delle attività ritenute urgenti e indifferibili, nel rispetto comunque delle misure precauzionali di contenimento del rischio, al fine di garantire ai pazienti la continuità dell'assistenza nelle condizioni di massima sicurezza e al personale di operare al minor livello di rischio possibile.

L'intervento DPCM del 26 aprile 2020, introducendo la possibilità di transizione da una "Fase 1: Lock-down" ad una "Fase 2A: transizione iniziale", qualora sussistano standard minimi di qualità della sorveglianza epidemiologica, introduce nuove misure in tema di assistenza sanitaria e monitoraggio. In particolare, l'art. 8 del decreto emana disposizioni per la disabilità, sulla base delle quali le **attività sociali e socio-sanitarie erogate da parte di centri semiresidenziali per le persone con disabilità vengono riattivate**, superando quanto disposto dall'art. 47 del D.L. 18/2020, secondo piani territoriali, adottati dalle regioni, che assicurino attraverso specifici protocolli il rispetto delle disposizioni per la prevenzione del contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori.

Pertanto, appare necessario programmare una graduale riattivazione delle strutture che erogano prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in regime semiresidenziale, pubbliche e private autorizzate e accreditate, garantendo prioritariamente, fatte salve le deroghe già in essere con le OPGR n. 3 e 24 con le



quali viene garantita l'accesso alle semiresidenze per i casi indifferibili, l'attività semiresidenziale agli utenti particolarmente fragili, anche dal punto di vista della rete familiare e sociale in cui vivono, a partire dalla data **dell'11 maggio**.

Per rendere pienamente operativa la riattivazione dell'assistenza sanitaria in regime semiresidenziale rivolta a tutti gli utenti, si raccomanda alle Direzioni Aziendali, anche in linea con le indicazioni della Circolare Ministeriale n. 14314 del 23 aprile 2020¹, e del Protocollo siglato in data 24 aprile tra Governo e Parti Sociali, un piano di riavvio delle attività, tenendo conto delle diverse peculiarità programmatiche aziendali, in relazione al grado di diffusione locale del contagio, a partire dal **18 maggio**.

Le misure generali di carattere organizzativo per prevenire il contagio in struttura devono prevedere:

1. Rafforzamento precauzioni standard;
2. Obbligo di utilizzo per il personale dei DPI;
3. Per tutto il personale si applicano, ad ogni inizio del turno lavorativo, le procedure di controllo con la misurazione della temperatura corporea mediante termo scanner e screening per eventuale presenza di sintomatologia respiratoria. In presenza di temperatura superiore a 37,5 °C o di sintomatologia suggestiva, gli operatori non potranno prendere servizio e saranno sottoposti a sorveglianza sanitaria;
4. Formazione adeguata degli operatori sull'emergenza in corso, sulle misure di prevenzione igienico-sanitarie da adottare, sull'uso dei DPI;
5. Divieto di accesso alla struttura di accompagnatori e familiari con sintomatologia respiratoria;
6. Identificazione di un referente sanitario COVID-19, con compiti di coordinamento degli interventi e dei rapporti con le Strutture di riferimento (Dipartimento di Prevenzione, Distretti e Aziende Sanitarie);
7. Sospensione delle attività di gruppo;
8. Prosecuzione dell'uso di strumenti e modalità di gestione delle prestazioni a distanza e di telemedicina, in particolar modo per i casi selezionati e le attività che non richiedono necessariamente un contatto fisico o comunque ravvicinato tra il paziente e l'operatore sanitario.

Si precisa che in rispetto di questi obblighi, finalizzato alla ripresa graduale dei servizi, risulta propedeutico all'attività di coprogettazione che ogni Azienda Sanitaria potrà definire e concertare con gli enti gestori, con la richiesta di prescrizioni o di una eventuale flessibilità da concertare sulla base dei bisogni assistenziali.

Inoltre, qualora sia necessario ridefinire il Piano di Trattamento Individualizzato, in continuità con quello che il paziente svolgeva in precedenza, ma rimodulato negli obiettivi e nelle azioni, considerata la

¹ "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".



particolare tipologia di assistenza, e la stessa eleggibilità dei pazienti, che rispondono ad una valutazione complessa, multidisciplinare e multidimensionale del bisogno, lo specialista di riferimento può richiedere la modifica del Piano di Trattamento Individualizzato all'UVM territorialmente competente, la cui autorizzazione dovrà essere rilasciata, per via telematica, entro 48 ore dalla richiesta.

In conclusione, il CREA ritiene che le indicazioni offerte alle Direzioni Aziendali e alle Strutture Sanitarie Private sono volte a ridurre i rischi legati all'infezione da Sars-CoV-2 nel percorso dei pazienti che richiedono assistenza sanitaria, nella consapevolezza che in questa fase, sulla base delle evidenze scientifiche attuali, non sia possibile un completo azzeramento del rischio epidemiologico di infezione.

Pertanto, in linea con il Decreto del Ministero della Salute del 30 aprile 2020, il consolidamento di una nuova fase, caratterizzata da iniziative di allentamento del lockdown e della loro progressiva estensione, deve aver luogo assicurando un costante monitoraggio, i cui presupposti includono l'identificazione tempestiva e la gestione dei contatti, una adeguata e tempestiva esecuzione dei tamponi per l'accertamento diagnostico dei casi, la verifica della tenuta del sistema sanitario regionale.

Si raccomanda, pertanto, nel recepire gli indicatori previsti dal citato DM 30 aprile, di ritenere essenziale la classificazione dei livelli di rischio in modo da poter valutare la necessità di rimodulazioni nelle attività di risposta all'epidemia.

La riunione del CREA, accertata la validità legale della seduta, dopo approfondita valutazione si conclude alle ore 13.30 con il voto unanime dei partecipanti e con il nulla-osta del referente sanitario per le Maxi-Emergenze Dott. Alberto Albani.

