



**REGIONE
LAZIO**

Emergenza COVID-19

Azioni di Fase IV Piano regionale territoriale

Sommario

1. Premessa	3
2. Obiettivi e finalità del piano regionale territoriale	4
3. Raccomandazioni generali per la limitazione della diffusione del Sars-Cov-2	5
4. Organizzazione dell'Assistenza territoriale	6
4.1 Assistenza Ambulatoriale Sociosanitaria	6
Tempistica.....	6
Indicazioni generali.....	6
Accesso alla struttura	7
Limitazioni all'accesso	7
La Gestione delle attese	8
La comunicazione	8
4.2 Assistenza semiresidenziale	8
Tempistica.....	10
Indicazioni generali.....	10
Accesso alla struttura	10
Riprogrammazione delle attività	10
La comunicazione	11
4.3 Assistenza domiciliare	11
4.4 Assistenza residenziale	12
4.5 Cure Palliative residenziali e domiciliare	13

1. Premessa

La Regione, a seguito delle previsioni nazionali circa il progressivo e selettivo allentamento delle misure di confinamento a far data dal 4 maggio u.s., adottate al fine di contenere l'emergenza sanitaria da COVID-19, ha predisposto il documento "Azioni di fase IV", nel quale sono indicate le modalità organizzative e la programmazione dell'assistenza sanitaria nel restante periodo di limitazione, con particolare riguardo ai percorsi sanitari in regime ospedaliero e specialistico ambulatoriale, adottando la logica della flessibilità nell'organizzazione dei servizi sulla base dell'andamento della curva epidemiologica dell'infezione da SARS-COV-2.

Per quanto attiene l'area dell'assistenza sanitaria territoriale, nel predetto documento sono state descritte le azioni che hanno caratterizzato la fase più acuta dell'emergenza sanitaria e sono state anticipate alcune indicazioni in merito al potenziamento delle attività di sanità pubblica e territoriale, rimandando ad uno specifico atto di indirizzo il percorso di riattivazione dei servizi territoriali, che fornisca indicazioni sulle modalità organizzative e operative, a garanzia della tutela degli assistiti, e sulle misure di sicurezza da assicurare nella fase post emergenziale.

Il decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 recante "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito nella legge 27/2020 all'articolo 47 (Strutture per le persone con disabilità e misure compensative di sostegno anche domiciliare), convertito con modifiche dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, ha disposto la sospensione dell'attività nei centri semiresidenziali socio-sanitari per persone con disabilità, stabilendo fra l'altro che, per la durata dello stato di emergenza di cui alla deliberazione del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, le assenze da parte degli utenti dalle attività dei centri non sono causa di dimissione o di esclusione dalle medesime.

L'articolo 48 del citato decreto legge, convertito nella legge n.27/2020, al comma 1 prevede, inoltre, che durante la sospensione delle attività sociosanitarie e socioassistenziali nei centri diurni per anziani e per persone con disabilità, laddove disposta con ordinanze regionali o altri provvedimenti, "le pubbliche amministrazioni forniscono prestazioni in forme individuali domiciliari o a distanza o rese nel rispetto delle direttive sanitarie negli stessi luoghi ove si svolgono normalmente i servizi senza creare aggregazione".

Da ultimo il DL n.34 del 19 maggio 2020, recante misure urgenti in materia di salute sostegno al lavoro e all'economia nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19, all'art.1 "disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale" prevede, tra l'altro, che le regioni possano incrementare l'assistenza domiciliare oltreché ai pazienti Covid a tutte le persone con fragilità e cronicità sostenendo maggiori costi di personale.

Regione Lazio, per la gestione del periodo emergenziale, ha emanato diverse disposizioni relative ai servizi sanitari e sociosanitari. In particolare, con l'Ordinanza Lazio 13 marzo 2020, n. Z00008, dopo la previsione della facoltà di differimento delle terapie presso i centri di riabilitazione per disabili senza comportare decadenza del diritto alla prestazione di cui all'Ordinanza n. Z0006 del 10 marzo 2020, sono state sospese le attività dei centri, pubblici o privati, semiresidenziali sanitari e sociosanitari per persone non autosufficienti, anche anziane e per persone disabili. Con lo stesso provvedimento è stata stabilita la prosecuzione dell'attività dei centri semiresidenziali, pubblici o privati, che assistono persone con disturbi psichiatrici, neuropsichiatrici, del neurosviluppo, autistici, minori e con disturbo da abuso di sostanze e/o addiction, assicurandola a coloro che avrebbero potuto avere un grave danno dall'interruzione del trattamento in essere. La medesima ordinanza ha stabilito che i servizi ambulatoriali afferenti all'area sociosanitaria proseguissero la loro attività, sebbene limitata alle prestazioni reputate urgenti ed indifferibili, ivi inclusa la IVG.

L'Ordinanza 18 aprile 2020 n.34 ha definito regole più stringenti in ordine all'utilizzo di personale esclusivamente dedicato alla singola struttura territoriale sanitaria e sociosanitaria.

L'Ordinanza 2 maggio 2020 n. 38 ha stabilito che " *Allo scopo di consentire che lo svolgimento delle attività sociali e socio-sanitarie per persone con disabilità di cui all'art. 8 al decreto del Presidente del Consiglio del 26 aprile 2020 siano svolte nel pieno rispetto di ogni misura per la prevenzione dal contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori, la riattivazione delle stesse è subordinata all'adozione del Piano regionale territoriale ed alla comunicazione attestante l'adozione di tutte le misure di prevenzione e contenimento*

definite nel citato Piano che, il gestore della struttura, deve effettuare sia al Comune presso il quale insiste la medesima, sia all' Azienda sanitaria locale di riferimento".

Infine, l'Ordinanza 8 maggio 2020 n.39 dispone al punto IV) che la riattivazione delle strutture sanitarie, socio-sanitarie, sia subordinata al nulla osta della ASL territorialmente competente, rilasciato successivamente alla ricezione della comunicazione della struttura, attestante l'adozione di tutte le misure di prevenzione e contenimento definite nel relativo Piano territoriale.

2. Obiettivi e finalità del piano regionale territoriale

Il presente Piano territoriale regionale, in attuazione delle sopracitate norme nazionali e ordinanze regionali, intende fornire indicazioni circa le attività dei servizi territoriali (ambulatoriale territoriale, esclusa la specialistica ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale, domiciliare, cure palliative residenziali e domiciliari) nella fase IV dell'attuale contesto emergenziale, ed è da intendersi valido fino alla fine del periodo emergenziale. Obiettivo principale resta l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, seppure con modalità organizzative alternative e con la necessaria flessibilità e modularità dettate dall'attuale scenario sanitario. Il Piano territoriale regionale è, quindi, volto a tutelare gli specifici bisogni sanitari e sociosanitari degli assistiti e garantire le necessarie misure di sicurezza indicando, per alcuni ambiti assistenziali e laddove opportuno, anche le possibili prestazioni erogabili in presenza del paziente o da remoto, tenendo conto degli specifici profili di bisogno degli utenti.

Inoltre, con il presente documento si dà attuazione all'articolo 8 del DPCM del 26 aprile 2020 dettando indirizzi validi in tutto il Lazio per la riattivazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali per le persone con disabilità, con particolare riferimento al regime semiresidenziale.

Ad oggi, i servizi sanitari e sociosanitari sono chiamati a gestire l'impatto della riapertura delle attività a favore dei cittadini da loro assistiti, che presentano caratteristiche di fragilità, disabilità e non autosufficienza, ivi incluse le persone con disturbo mentale, con disturbo da abuso di sostanze e/o *addiction* e le persone seguite dai servizi dei consultori che, nel precedente periodo hanno visto ridefinito e rimodulato i loro piani assistenziali, anche con il ricorso a nuove modalità di erogazione delle prestazioni, utilizzando strumenti di ICT.

Per quanto riguarda gli strumenti ICT la Regione, seguendo le linee guida sulla Solidarietà Digitale definite da AGID e dal Ministero per l'innovazione Tecnologica e la Digitalizzazione (<https://www.agid.gov.it/it/solidarieta-digitale>), sta definendo l'offerta alle strutture, ove non ne siano già dotate, di uno strumento di videoconferenza, senza costi aggiuntivi e coerente con la normativa in termini di sicurezza e privacy. La piattaforma, per sua natura open-source, potrà anche essere installata presso le strutture in modo sinergico con i processi ed i sistemi attuali.

Mediante gli strumenti tecnologici messi a disposizione dalla Regione o dalle Aziende sanitarie, durante il periodo dell'emergenza COVID-19, sarà possibile garantire la continuità dell'assistenza a distanza (da remoto) per alcune delle attività dei servizi pubblici territoriali, secondo gli indirizzi regionali sulla telemedicina specialistica e territoriale di prossima emanazione.

I servizi territoriali dovranno, dunque, prevedere modalità organizzative flessibili e modulabili anche per quanto riguarda le risorse impegnate, perché dovranno tenere in considerazione l'evoluzione della curva epidemiologica in un arco temporale non definibile a priori.

Vi potrebbero essere infatti, nel breve e medio termine, fasi epidemiologiche che, alternativamente, impongono una nuova riduzione delle attività in presenza, con la necessità di fare un maggiore ricorso alle attività in remoto, o la possibilità di incrementare l'assistenza in presenza del paziente.

Con riguardo alla flessibilità organizzativa sopra delineata, anche i singoli piani di assistenza, dovranno consentire una maggiore adattabilità prevedendo, laddove necessario, prestazioni erogate secondo un "mix" di regimi assistenziali diversi (ad esempio, ambulatoriale, domiciliare da remoto, accessi domiciliari in presenza, semiresidenziale).

Come è noto, tali modalità sono state già avviate, a livello locale, dalle singole ASL che, in tale modo, hanno comunque garantito l'assistenza presso i propri servizi territoriali o attraverso i servizi del privato accreditato, adottando soluzioni innovative profilate sulle caratteristiche e bisogni della popolazione di riferimento.

Le Direzioni strategiche delle ASL dovranno, pertanto, provvedere a fornire ai propri servizi pubblici territoriali la necessaria dotazione strumentale.

Non da ultimo, è necessario che le ASL adottino soluzioni per semplificare le procedure amministrative a supporto delle attività sanitarie e sociosanitarie, al fine di consentire all'utente di recarsi fisicamente presso la sede dei servizi solo se strettamente necessario.

Le strutture che erogano prestazioni per conto del SSR, come precedentemente indicato, devono presentare all'ASL territorialmente competente la comunicazione attestante l'adozione di tutte le misure di prevenzione e contenimento definite nel presente Piano territoriale, ciò ai fini del rilascio del nulla osta da parte della ASL. La verifica delle misure e il riscontro in merito al nulla osta devono avvenire, indipendentemente dall'adozione del Piano territoriale locale della ASL medesima, entro 7 giorni dalla ricezione della comunicazione da parte della struttura.

Le ASL, in applicazione delle indicazioni contenute nel presente documento, dovranno redigere il Piano territoriale locale di fase IV, anche in accordo con il Gruppo Locale Emergenza COVID-19 di cui alle "Linee di indirizzo predisposizione piani territoriali" del 28 febbraio 2020, nota prot. 82372, che dovrà indicare le attività e l'organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, le tipologie di prestazioni assicurate e le relative modalità di erogazione, ivi incluse le prestazioni da remoto, e che dovrà tenere conto, per quanto possibile, dei diversi scenari epidemiologici. Il Piano territoriale locale dovrà essere formalizzato e trasmesso per conoscenza alla Direzione regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria.

Le strutture private che operano per conto del SSR dovranno notificare al competente servizio della ASL di residenza del paziente le prestazioni effettuate (in presenza, a domicilio e/o con altre modalità da remoto), a far data dall'inizio del periodo emergenziale, nonché le relative figure professionali che le hanno erogate, per ciascun piano di assistenza già in essere. Le ASL provvederanno a verificare la congruità delle prestazioni erogate nell'ambito della rivalutazione dei piani assistenziali.

3. Raccomandazioni generali per la limitazione della diffusione del Sars-Cov-2

In generale, i comportamenti da adottare per limitare la diffusione del Sars-CoV-2, sono quelli in grado di contenere la diffusione del contagio. Tra questi, sono di particolare importanza il distanziamento sociale, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale (mascherine, guanti), il frequente lavaggio delle mani, adeguate modalità di permanenza in ambienti comuni e grande attenzione nell'interazione con persone fragili o affette da patologie croniche.

Nell'ambito dei servizi e delle strutture sanitarie e sociosanitarie territoriali, tali comportamenti rivestono carattere obbligatorio per operatori, pazienti e visitatori, e sono peraltro indicati nelle "Raccomandazioni per la prevenzione o limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della Patologia Correlata (COVID-19)" allegate alla sopra citata Ordinanza 34/2020. Per contribuire ad assicurare la corretta osservazione delle norme comportamentali, le stesse raccomandazioni sottolineano la necessità di prevedere, all'interno delle strutture sanitarie, idonei strumenti di comunicazione/informazione destinati ad operatori, pazienti e visitatori. In relazione alla presenza di accompagnatori e visitatori all'interno delle strutture sanitarie restano in vigore le indicazioni già previste, consentendo in casi particolari o in quei casi per i quali la lontananza dalla famiglia può determinare un peggioramento delle condizioni del paziente, sottoposti al vaglio della direzione sanitaria della struttura, l'accesso a un familiare dell'ospite che deve osservare tutte le disposizioni relative all'utilizzo dei DPI.

A ciò si devono aggiungere specifiche raccomandazioni di tipo organizzativo e di processo, volte alla prevenzione del contagio. In particolare, è necessario:

- ✓ limitare al massimo e gestire la presenza delle persone nelle aree di accesso e di attesa, garantendo condizioni di sicurezza
- ✓ mettere in atto tutte le possibili procedure di semplificazione amministrativa, al fine di minimizzare gli accessi ai servizi
- ✓ prevedere ordinati e definiti percorsi all'interno degli ambienti sanitari

- ✓ organizzare le attività del personale in modo da garantire la massima prevenzione del rischio, verificando giornalmente le condizioni cliniche dello stesso (rilevamento della temperatura e sintomatologia COVID-19 correlata) prima dell'inizio dell'attività lavorativa (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale e domiciliare)
- ✓ garantire la formazione e l'aggiornamento del personale sul corretto utilizzo dei DPI
- ✓ individuare percorsi di accesso ai servizi, modalità di gestione delle attività, di dotazione di personale dedicati per ciascuna delle tipologie assistenziali sotto precisate

4. Organizzazione dell'Assistenza territoriale

4.1 Assistenza Ambulatoriale Sociosanitaria

Le seguenti indicazioni riguardano le strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private accreditate che, a diverso titolo (ivi compresi i progetti ex Fondo lotta alla droga), erogano prestazioni di assistenza ambulatoriale territoriale, non riconducibili alla specialistica ambulatoriale.

Tempistica

Le prestazioni erogabili devono rivestire carattere di necessità, secondo specifica valutazione rimessa al direttore/responsabile sanitario della struttura, ovvero a cura del responsabile del servizio pubblico di riferimento (in caso di prestazioni erogate da struttura pubblica), d'intesa con l'interessato, o con l'eventuale tutore o rappresentante legale dell'utente, in raccordo con il competente servizio della ASL di residenza dell'utente.

A tale proposito, l'ambulatorio privato accreditato dovrà inviare al servizio competente della ASL, anche per via telematica, la modalità di erogazione delle prestazioni, indicando anche le prestazioni/classi di prestazioni che possono essere eseguite a distanza (vedi allegato 1) o al domicilio. Le ASL provvederanno a verificare la congruità delle prestazioni erogate nell'ambito della rivalutazione dei piani assistenziali.

Indicazioni generali

L'accesso alle strutture deve avvenire, previo appuntamento (fatto salvo i casi in cui i servizi debbano garantire una funzione di accoglienza non programmata quali ad esempio i Serd ed i CSM), sia per quanto riguarda le prestazioni sanitarie che per le prestazioni amministrative (ove non sia possibile effettuarle in modalità da remoto).

In particolare, si raccomanda che all'interno delle strutture l'accesso sia limitato, in linea di principio, solo a coloro che devono usufruire di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, al personale ivi operante e/o ai fornitori esterni.

Le attività svolte in regime ambulatoriale territoriale dovranno adattarsi alle specifiche condizioni caratterizzanti la nuova fase di gestione dell'emergenza sanitaria, per cui si ritiene necessario fornire le seguenti indicazioni generali:

- ✓ valutazione del rischio COVID-19 dell'assistito secondo il questionario previsto nell'applicazione LAZIO DOCTOR per COVID nei giorni precedenti la fruizione della prestazione ambulatoriale tramite triage telefonico o comunque al momento dell'accesso all'ambulatorio
- ✓ l'accesso ai servizi ambulatoriali non è consentito agli accompagnatori, fatta eccezione per casi particolari, relativi a persone disabili e non autosufficienti che necessitano di accompagnamento. La misurazione della temperatura corporea all'accesso è obbligatoria e, se uguale o superiore a 37,5°, la persona non può accedere alla struttura e deve essere rinviata a domicilio, con segnalazione al MMG/PLS
- ✓ razionale distribuzione degli spazi dedicati alle attività ambulatoriali al fine di consentire il distanziamento tra gli utenti nelle sale di attesa, prevedendo sedute alternate (con appositi contrassegni)

- ✓ appuntamenti schedulati per orario al fine di ridurre il rischio di assembramento nella struttura; con riferimento ai trattamenti di riabilitazione territoriali il tempo di effettivo trattamento deve essere pari ad almeno 45 minuti
- ✓ al fine di garantire omogeneità delle tempistiche di prenotazione delle prestazioni, la programmazione delle attività dovrà tener conto delle procedure di pulizia, disinfezione e sanificazione degli ambienti e laddove necessario degli oggetti da utilizzare, commisurate al tipo di attività.
- ✓ priorità all'erogazione dei follow-up attraverso servizi a distanza mediante tele visita e teleconsulto continuando a garantire le prestazioni ritenute al momento indifferibili e necessarie
- ✓ in generale, è necessario che venga effettuata una rivalutazione dei bisogni sanitari e/o riabilitativi dei pazienti, verificando nuovamente i singoli piani assistenziali, identificando le prestazioni da erogare in presenza dell'utente e quelle da somministrare in remoto; in caso di attività ambulatoriale affidata ad un erogatore privato accreditato, la predetta rivalutazione deve essere concordata con la ASL di residenza del paziente; è dunque possibile, nella fase emergenziale, integrare/sostituire le prestazioni presso servizi/strutture con accessi domiciliari, effettuati da personale dedicato, , anche in assenza dello specifico titolo di accreditamento per effettuare prestazioni a domicilio; è inoltre possibile effettuare prestazioni da remoto, con modalità che garantiscano comunque l'efficacia dell'intervento. A tale proposito, fino alla fine del periodo emergenziale o secondo diversa disposizione regionale, per le strutture accreditate, sarà possibile rimodulare i servizi erogati in favore di prestazioni domiciliari o a distanza e, conseguentemente, il budget potrà essere utilizzato con osmosi delle risorse complessivamente assegnate, nel rispetto delle tariffe regionali vigenti per ciascun regime assistenziale. Per quanto riguarda le prestazioni a distanza, in attesa della definizione di un quadro di riferimento regionale, le ASL possono definire accordi locali transitori con gli erogatori. Con riferimento all'attività di riabilitazione ambulatoriale territoriale alle persone con disabilità, si applica quanto già previsto dall'accordo contrattuale vigente, all'art. 9, comma 1, lettera g.

Accesso alla struttura

La programmazione dell'attività ambulatoriale dovrà prevedere modalità di erogazione delle prestazioni secondo appuntamenti definiti e distanziati; l'orario di apertura della struttura potrà essere ampliato per limitare l'afflusso contemporaneo di persone e potrà prevedere aperture anche in orari serali, e nei giorni prefestivi e festivi, secondo le specifiche modalità organizzative definite dalla ASL o, nel caso di erogatori privati, concordate con la ASL territorialmente competente.

All'atto della prenotazione della visita, l'utente dovrà essere informato sulle modalità di accesso e sulla necessità di portare e indossare DPI.

Limitazioni all'accesso

L'accesso alla struttura ambulatoriale non è consentito agli accompagnatori bensì solo all'utente che ne ha effettiva necessità, fatta eccezione per le persone con disabilità, non autosufficienti, minori, persone con difficoltà linguistiche o necessità di mediazione culturale; in tal caso è permesso l'accesso ad un solo accompagnatore.

L'accesso all'ambulatorio avviene attraverso un unico ingresso, in modo da consentire una adeguata regolazione dei flussi degli utenti ed evitare gli assembramenti; per il deflusso degli utenti dalla struttura, dovrà essere garantita un'uscita distinta da quella di ingresso; nel caso in cui la struttura disponesse di un unico varco di accesso, dovrà essere previsto un doppio corridoio a garanzia dell'entrata e dell'uscita in sicurezza degli utenti, ovvero deve essere prevista la distribuzione oraria degli accessi e delle uscite, utilizzando l'intervallo orario per la sanificazione.

L'ingresso per gli utenti deve essere presidiato da personale incaricato di:

- ✓ verificare la reale necessità e le condizioni di salute, mediante la somministrazione del questionario di Valutazione del rischio COVID-19
- ✓ rilevare i parametri di salute della persona (temperatura e altre condizioni cliniche che potrebbero controindicare l'ingresso)
- ✓ informare circa il corretto utilizzo dei DPI, e far eseguire una corretta igiene delle mani

- ✓ La misurazione della temperatura corporea all'accesso è obbligatoria e, se uguale o superiore a 37,5°, la persona non può accedere alla struttura e deve essere rinviata a domicilio, con comunicazione al MMG/PLS.

La Gestione delle attese

Per la gestione della sala di attesa dovranno essere adottate tutte le necessarie misure di protezione e distanziamento sociale già indicate nell'allegato A all'Ordinanza n. 34; in aggiunta, si descrivono di seguito alcune misure organizzative che dovranno essere previste per limitare il numero di persone e garantire il corretto distanziamento:

- l'accesso alla sala d'attesa è consentito al numero di pazienti che possono occupare i posti a sedere identificati come utilizzabili, ove possibile con sedute alternate, secondo il principio del distanziamento sociale;
- il numero massimo delle persone presenti dovrà essere commisurato alla superficie e alle condizioni micro-climatiche dell'area d'attesa;
- l'accesso del paziente alla struttura deve essere consentito in prossimità dell'orario dell'appuntamento (max 15 minuti prima); pertanto devono essere previsti appuntamenti distanziati e distribuiti, per quanto consentito, tra mattina e pomeriggio;
- nel caso di pazienti particolarmente fragili (es. oncologici, trapiantati, con insufficienza respiratoria, ecc.) si dovrà prendere in considerazione l'opportunità di attivare percorsi separati rispetto agli altri utenti, con accesso dedicato.

La comunicazione

Al fine di consentire all'utenza di conoscere le nuove modalità organizzative dei servizi ambulatoriali, e le misure di sicurezza e prevenzione da adottare (anche relativamente alla necessità che il paziente porti i propri DPI), è essenziale che la struttura garantisca la costante trasmissione di informazioni mediante il ricorso ad ogni canale di comunicazione e di assistenza.

Deve essere inoltre garantito il coinvolgimento, il supporto e il confronto con le famiglie e/o il caregiver, mediante l'attivazione di canali di comunicazione e di assistenza, al fine di poter consentire loro di gestire adeguatamente l'assistenza a domicilio.

4.2 Assistenza semiresidenziale

Il DPCM 26 aprile 2020, all'art. 8 dispone per la disabilità quanto segue. *“Le attività sociali e socio-sanitarie erogate dietro autorizzazione o in convenzione, comprese quelle erogate all'interno o da parte di centri semiresidenziali per persone con disabilità, qualunque sia la loro denominazione, a carattere socio-assistenziale, socio-educativo, polifunzionale, socio-occupazionale, sanitario e socio-sanitario vengono riattivate secondo piani territoriali, adottati dalle Regioni, assicurando attraverso eventuali specifici protocolli il rispetto delle disposizioni per la prevenzione dal contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori.”*

La Regione Lazio, in considerazione della necessità di contenere la diffusione del contagio da SarS-Cov-2, ritiene che l'assistenza semiresidenziale sia, al momento, la tipologia di offerta assistenziale che più presenta un elevato rischio di circolazione dell'agente infettivo; tale valutazione deriva dalle peculiarità insite in tale regime, quali, ad esempio, il momento del trasporto collettivo degli utenti, la copresenza in uno stesso ambiente di più persone e operatori, il momento del pasto, la mobilità in entrata e in uscita dal centro per la possibile formazione di assembramenti.

Pertanto, è necessario limitare il ricorso all'assistenza semiresidenziale ai soli casi in cui non vi siano alternative assistenziali adeguate ai bisogni riabilitativi del paziente disabile e che presentano carattere di priorità relativamente al carico e alla complessità assistenziale, anche con riferimento alle caratteristiche e problematiche del nucleo familiare, e comunque limitarlo alle attività che consentano il mantenimento di adeguate misure di sicurezza. In alternativa, così come indicato dalla recente normativa nazionale, sono da preferirsi le attività presso il domicilio del paziente o in modalità alternativa, con il ricorso alla teleassistenza.

In generale, l'assistenza alle persone con patologie croniche respiratorie e/o immunodepressive, ad alto rischio in caso di contagio, va garantita privilegiando gli interventi domiciliari.

In applicazione del provvedimento sopracitato, si definiscono le seguenti linee di indirizzo, per consentire la progressiva riattivazione delle attività sanitarie e sociosanitarie semiresidenziali a favore delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale da parte dei suddetti centri semiresidenziali, garantendo la massima sicurezza degli ospiti e degli operatori nella fase di ripresa, ancorché graduale, delle attività.

A livello locale ciascuna ASL concorda, qualora non già effettuato, con le singole strutture insistenti sul territorio di competenza la riprogrammazione delle attività, al fine di condividere la migliore modalità operativa per garantire la prosecuzione dei progetti riabilitativi individuali, indicando anche le prestazioni/classi di prestazioni che possono essere eseguite a distanza (vedi allegato 1) o al domicilio. A tale proposito, la struttura privata accreditata dovrà inviare al servizio competente della ASL, anche per via telematica, il profilo delle prestazioni erogabili; Le ASL provvederanno a verificare la congruità delle prestazioni erogate nell'ambito della rivalutazione dei piani assistenziali.

In generale, è necessario che venga effettuata una rivalutazione dei bisogni sanitari e/o riabilitativi dei pazienti, verificando nuovamente i singoli PRI e identificando le prestazioni da erogare in presenza dell'utente e quelle da somministrare in remoto o a domicilio, previo accordo con la ASL di residenza della persona con disabilità; è dunque possibile integrare/sostituire le prestazioni presso i servizi con accessi domiciliari, possibilmente mediante equipe dedicata, o da remoto con modalità che garantiscano comunque l'efficacia dell'intervento. E' necessario, altresì, che la struttura invii alla ASL la valutazione circa l'idoneità del paziente al trasporto individuale (da parte di familiare o di altro mezzo individuale), o viceversa la necessità di altro trasporto "protetto".

In generale, anche in attuazione degli artt. 47 e 48 del Decreto legge 17 marzo 2020 n. 18, fino alla fine dell'emergenza sanitaria o secondo diversa disposizione regionale, se la struttura è già accreditata, sarà possibile, senza modificare il titolo di autorizzazione e accreditamento, rimodulare l'offerta assistenziale privilegiando la modalità con accesso domiciliare, o in sede con rapporto operatore/paziente commisurato alle necessità assistenziali, eventualmente integrate con interventi a distanza, previo accordo con la ASL. Tali prestazioni saranno ricomprese nel budget assegnato alla struttura che potrà essere utilizzato consentendo l'osmosi delle risorse attribuite.

Nell'ambito della riprogrammazione delle modalità di erogazione delle prestazioni, gli accessi a domicilio devono essere garantiti da parte di operatori della struttura a ciò dedicati.

Premesso che con l'Ordinanza Lazio 13 marzo 2020, n. Z00008, è stata stabilita la prosecuzione dell'attività dei centri semiresidenziali, pubblici o privati, che assistono persone con disturbi psichiatrici, neuropsichiatrici, del neurosviluppo, autistici, minori e con disturbo da abuso di sostanze e/o *addiction*, assicurandola a coloro che avrebbero potuto avere un grave danno dall'interruzione del trattamento in essere, al fine di ridurre la frequenza dei centri evitando assembramenti, si ritiene necessario, laddove già non avvenuto, procedere alla modulazione dei piani assistenziali prevedendo, per i pazienti in carico, l'eventuale possibilità di integrare la semiresidenzialità con accessi domiciliari e prestazioni da remoto, anche ricorrendo alla predetta osmosi di budget, sempre previa valutazione e autorizzazione della ASL di residenza.

Le predette indicazioni devono essere applicate (nuova valutazione dei bisogni e ridefinizione PAI con accessi domiciliari e da remoto, osmosi di budget), anche alle strutture che erogano assistenza semiresidenziale per persone non autosufficienti, anche anziane.

Il direttore/responsabile sanitario della struttura, ovvero il responsabile del servizio pubblico di riferimento (in caso di prestazioni erogate da struttura pubblica), dovrà comunicare all'interessato, alla famiglia o all'eventuale tutore o rappresentante legale dell'utente, la rimodulazione dell'assistenza, e tutte le informazioni relative alla frequenza presso la struttura, al trattamento e alle regole da osservare per la prevenzione del rischio.

Tempistica

La ripresa delle attività, già sospese, dei centri diurni potrà avvenire, previa informazione all'ASL territorialmente competente delle modalità di erogazione delle prestazioni, indicando le prestazioni/classi di prestazioni che possono essere eseguite a distanza (vedi allegato 1) o al domicilio.

Ai sensi della già citata Ordinanza 39/2020, la riattivazione delle strutture è subordinata al nulla osta della medesima ASL del rispetto delle condizioni previste dal presente Piano nei termini di prevenzione e sanità pubblica; tale nulla osta sarà rilasciato, indipendentemente dall'adozione del Piano territoriale locale, entro 7 giorni dalla ricezione della comunicazione da parte della struttura.

Sulla base della ridefinizione congiunta delle attività, la riattivazione delle strutture potrà avvenire a partire dalla data di formalizzazione del presente Piano e nel rispetto delle indicazioni di cui ai punti successivi.

Indicazioni generali

Le attività svolte in regime semiresidenziale territoriale dovranno adattarsi alle specifiche condizioni caratterizzanti la nuova fase di gestione dell'emergenza sanitaria, per cui si ritiene necessario fornire le seguenti indicazioni generali, anche con riferimento alla circolare ministeriale sanificazione n. 5443/2020 e s.m.i:

- a) preventiva sanificazione degli ambienti mediante l'accurata pulizia dei locali e una corretta igiene delle superfici, utilizzando disinfettanti per superfici contenenti alcol al 70% - etanolo - oppure a base di ipoclorito di sodio allo 0,5% - candeggina
- b) sanificazione/disinfezione degli ambienti, degli arredi e degli oggetti nell'intervallo tra il turno della mattina e il turno del pomeriggio
- c) gli interventi sugli impianti di condizionamento dell'aria devono tenere conto di quanto disposto dall'Unità di Crisi della Regione Lazio per la gestione dell'emergenza epidemiologia COVID-19 nella nota prot. 406846 del 7 maggio 2020 relativa alla sanificazione e manutenzione degli impianti di condizionamento e climatizzazione
- d) il trasporto degli utenti deve essere prioritariamente garantito dalla famiglia; ove ciò non sia possibile, deve essere effettuato individualmente, con mezzi che consentano il rispetto delle indicazioni sul distanziamento sociale, anche ricorrendo a servizi in convenzione (es. taxi). Nel caso in cui non vi sia altra soluzione che ricorrere all'uso di pulmini, il numero dei passeggeri trasportati deve garantire il distanziamento sociale, l'autista, gli eventuali operatori e i passeggeri devono utilizzare i necessari DPI. I mezzi devono essere sanificati ad ogni viaggio. L'operatore deve misurare la temperatura corporea dell'utente, prima che questi salga sul mezzo; in presenza di un valore pari a 37,5° o superiore, all'utente sarà interdetto l'accesso al mezzo e ne sarà data comunicazione alla famiglia e alla struttura che provvederà a mettere a conoscenza il MMG/PLS.

Accesso alla struttura

L'ingresso per gli utenti deve essere presidiato da personale incaricato di verificare le condizioni di salute, mediante la somministrazione del questionario di Valutazione del rischio COVID-19 (laddove le condizioni del paziente lo consentano), rilevare i parametri di salute della persona (temperatura e altre condizioni cliniche che potrebbero controindicare l'ingresso), informare circa il corretto utilizzo dei DPI che dovranno essere sempre indossati da tutti i presenti (personale e pazienti), e sulla corretta igiene delle mani. Se la temperatura risulta uguale o superiore ai 37,5°, non sarà consentito l'ingresso in struttura dell'ospite e la struttura provvederà ad informare il MMG/PLS

Riprogrammazione delle attività

I trattamenti semiresidenziali devono essere erogati secondo una valutazione di priorità, sulla base dei bisogni clinico assistenziali dell'utente, dando precedenza alle persone che necessitano di un alto carico assistenziale e il cui prolungato permanere al domicilio ha determinato un deterioramento delle condizioni di salute, e tenuto conto delle specifiche problematiche del nucleo familiare.

L'organizzazione delle attività semiresidenziali deve prevedere una flessibilità negli accessi, organizzata secondo turni mattutini/pomeridiani di almeno 4 ore, senza l'erogazione del pranzo, al fine di garantire la massima sicurezza ed evitare occasioni di contagio.

Sono, altresì, da privilegiarsi le attività sociosanitarie negli spazi aperti di pertinenza delle strutture, attrezzati e sanificati regolarmente, da utilizzare preferibilmente in maniera esclusiva, in considerazione dell'arrivo della stagione estiva.

Il centro può prevedere la presenza contemporanea, nello stesso ambiente, di un numero di pazienti tale da consentire il mantenimento del distanziamento sociale, come da indicazioni normative vigenti; i pazienti dovranno essere suddivisi in piccoli gruppi composti sempre dagli stessi componenti (**massimo** 2-3 utenti) seguiti, possibilmente, dagli stessi operatori, con registrazione quotidiana degli accessi, anche su supporto informatico.

Sulla base delle specifiche condizioni e necessità sanitarie e riabilitative del paziente, gli accessi al centro possono essere rivisti, prevedendo la presenza dell'utente, ad esempio, a giorni alterni o solo alcuni giorni nell'arco della settimana, ma con almeno un minimo di presenza di due volte alla settimana; nei giorni in cui il paziente non accede al centro, sono previsti accessi domiciliari, eventualmente integrati da prestazioni da remoto, che consentano il perseguimento degli obiettivi del piano assistenziale.

Resta inteso che, per i pazienti per i quali è stata valutata non opportuna la frequenza al centro semiresidenziale, devono essere programmati almeno 3 accessi a domicilio (salvo diversa indicazione clinica condivisa con la ASL), preferibilmente da parte dello stesso operatore, integrati da assistenza da remoto, in misura tale da consentire la continuità del progetto riabilitativo.

Per quanto sopra detto, anche le eventuali attività di animazione e socio-educative devono essere organizzate prevedendo piccoli gruppi e rispettando la distanza di sicurezza prevista dalle disposizioni vigenti. La struttura dovrà registrare, in maniera puntuale, gli utenti che accedono al centro su apposito registro, anche informatizzato, onde consentire, in caso di eventuale criticità Covid19 correlata di intervenire tempestivamente.

Nell'ambito della riprogrammazione delle modalità di erogazione delle prestazioni, gli accessi a domicilio devono essere garantiti da parte di operatori della struttura a ciò dedicati, come previsto dagli artt. 47 e 48 del Decreto legge 17 marzo 2020 n. 18.

La struttura dovrà riportare su apposito registro le singole prestazioni erogate a domicilio e in remoto con indicazione del professionista che le ha effettuate, per consentire alla ASL territorialmente competente il monitoraggio e la verifica delle attività svolte.

La comunicazione

Al fine di consentire all'utenza di conoscere le nuove modalità organizzative dei servizi semiresidenziali, e le misure di sicurezza e prevenzione da adottare (anche relativamente alla necessità che il paziente porti i propri DPI), è essenziale che la struttura garantisca la costante trasmissione di informazioni mediante il ricorso ad ogni canale di comunicazione e di assistenza.

Deve essere inoltre garantito il coinvolgimento, il supporto e il confronto con le famiglie e/o il caregiver, mediante l'attivazione di canali di comunicazione e di assistenza, al fine di poter consentire loro di gestire adeguatamente l'assistenza a domicilio.

4.3 Assistenza domiciliare

Con riferimento all'assistenza domiciliare, ivi inclusa l'ADI e gli accessi domiciliari alternativi all'assistenza semiresidenziale e ambulatoriale di cui ai paragrafi precedenti, fatte salve le indicazioni di cui all'Ordinanza 34/2020 in presenza di paziente COVID-19 positivo o sospetto, si riportano di seguito le indicazioni di prevenzione che devono essere messe in atto ogni qualvolta l'operatore accede al domicilio del paziente:

- ✓ valutazione del rischio COVID-19 dell'assistito secondo il questionario previsto nell'applicazione LAZIO DOCTOR per COVID nei giorni precedenti il primo accesso a domicilio (o comunque ogni qualvolta sia valutato necessario da parte dell'operatore) tramite triage telefonico;
- ✓ rilevazione da parte dell'operatore, ad inizio turno lavorativo della temperatura dell'operatore; in presenza di un valore uguale o superiore a 37,5°, l'operatore dovrà avvertire la struttura per la necessaria sostituzione
- ✓ utilizzo della mascherina chirurgica e dei guanti, nonché igienizzazione delle mani all'arrivo. In presenza di un paziente sospetto o confermato COVID-19, sarà necessario che l'operatore indossi anche un camice/grembiule monouso e occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera;
- ✓ mantenimento del distanziamento sociale ove possibile;
- ✓ sanificazione/disinfezione degli oggetti/presidi (se non monouso) eventualmente utilizzati per la terapia.

Il servizio/operatore, nei giorni precedenti il primo accesso, dovrà informare la famiglia/caregiver e pazienti circa i seguenti comportamenti e azioni che dovranno adottare in occasione della visita domiciliare:

- ✓ rilevazione della temperatura corporea del paziente e del familiare/caregiver entro un'ora dall'accesso domiciliare; in caso di temperatura pari o superiore a 37.5° la famiglia/paziente dovrà avvertire il servizio/operatore;
- ✓ utilizzo della mascherina chirurgica e dei guanti, nonché igienizzazione delle mani del paziente e del familiare/caregiver;
- ✓ sanificazione/disinfezione degli ambienti dove si svolge l'accesso domiciliare attraverso la pulizia del locale con l'uso di prodotto igienizzanti e l'adeguato ricambio di aria.

Nel caso in cui, per motivi terapeutici o per le caratteristiche del paziente, l'uso della mascherina impedisce il corretto svolgimento della terapia, l'operatore e/o, il paziente possono utilizzare lo schermo facciale trasparente (ad es. per le sedute di logopedia).

L'erogatore dovrà riportare su apposito registro le singole prestazioni/accessi a domicilio con indicazione del professionista che le ha effettuate, per consentire alla ASL territorialmente competente il monitoraggio e la verifica delle attività svolte.

4.4 Assistenza residenziale

Con riferimento all'assistenza residenziale, si confermano le indicazioni già fornite dalla regione nell'Ordinanza 18 aprile 2020 n.34, sia per quanto riguarda gli operatori che per quanto attiene gli ospiti. Per quanto riguarda i nuovi ingressi, questi devono essere possibili, ma limitati alle strutture che possono garantire e attestare alla ASL la possibilità di applicare le procedure di ingresso e di isolamento previste dalla normativa regionale vigente in materia di ingresso nelle strutture residenziali; in particolare:

- ✓ I pazienti ammessi o riammessi nella struttura dovranno essere valutati per la presenza di febbre e segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di insufficienza respiratoria e altri fattori di rischio anamnestico (ad esempio contatto con casi di COVID-19);
- ✓ I residenti ammessi o riammessi nella struttura dovranno essere posti in isolamento precauzionale per 14 giorni e sottoposti a sorveglianza attiva, con esecuzione di tampone in caso di comparsa dei sintomi;
- ✓ qualora il nuovo ospite presenti condizioni che non consentono l'isolamento precauzionale, dovrà essere effettuato da parte della ASL competente territorialmente il tampone nasofaringeo per la ricerca di SARS-CoV-2;
- ✓ in caso di positività al tampone, il paziente potrà essere ricoverato esclusivamente in strutture/reparti COVID-19;
- ✓ per gli ospiti in ingresso, risultati negativi al tampone naso-faringeo, le strutture dovranno organizzare gli spazi per garantire adeguato distanziamento sociale e l'utilizzo dei DPI da parte dell'ospite in presenza di altri pazienti e/o operatori ed essere sottoposti a sorveglianza attiva con esecuzione di tampone in caso di comparsa dei sintomi;
- ✓ gli spazi della struttura dovranno essere organizzati in modo da garantire un adeguato distanziamento sociale fra i pazienti;

- ✓ i pazienti dovranno utilizzare la mascherina chirurgica in presenza di altri pazienti e/o operatori;
- ✓ tutti i pazienti dovranno essere monitorati con attenzione rispetto all'insorgenza di febbre e di segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di insufficienza respiratoria;
- ✓ la temperatura dovrà essere misurata almeno due volte al giorno riportandola nella documentazione clinica;
- ✓ i casi sospetti andranno sottoposti a tampone nasofaringeo e isolati dagli altri residenti fino al risultato.

Le eventuali attività terapeutiche-riabilitative, socio-educative, e di animazione, anche all'esterno della struttura, possono essere organizzate, previa autorizzazione del Responsabile della struttura, in accordo con il servizio della ASL competente, prevedendo piccoli gruppi e rispettando le norme di sicurezza previste dalle disposizioni vigenti.

Per tutta la durata dell'emergenza, non è consentito di norma l'accesso alle strutture da parte di familiari e conoscenti, salvo che la stessa non sia autorizzata dalla Direzione della struttura, previa appropriata valutazione dei rischi-benefici. Le persone autorizzate dovranno comunque osservare tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2, come da sopra citata Ordinanza n.34. Tuttavia, è auspicabile che le visite autorizzate si svolgano negli spazi aperti a disposizione della struttura, laddove presenti.

In ogni caso, per consentire al paziente di mantenere i contatti con i propri familiari, laddove ciò non interferisca con il progetto di assistenza, la struttura deve provvedere all'attivazione di sistemi di videochiamate o altri sistemi di comunicazione a distanza.

Resta inteso che la struttura deve garantire un'informazione costante ai familiari circa le condizioni dell'ospite e l'andamento del trattamento sanitario.

4.5 Cure Palliative residenziali e domiciliare

Con riferimento alle cure palliative residenziali e domiciliari si conferma, ai sensi dell'Ordinanza 13 marzo 2020, n. Z00008 che, per sostenere le attività di hospice residenziale e consentire il flessibile utilizzo delle risorse professionali, in deroga a quanto prevede la normativa vigente sulle cure palliative domiciliari, è consentita la rimodulazione del PAI dei pazienti in cure palliative domiciliari, in accordo con la ASL competente, limitatamente ai bisogni clinico-assistenziali essenziali dei pazienti, assicurando comunque non meno di tre giornate di effettiva assistenza alla settimana e il monitoraggio telefonico giornaliero; l'erogatore dovrà comunque assicurare la reperibilità e la pronta disponibilità a domicilio H24.

Con riguardo alle misure di prevenzione del rischio da SARS-CoV-2, si confermano le disposizioni di all'allegato A) dell'Ordinanza 34/2020.

L'ASL, inoltre, per consentire una maggiore flessibilità di risposta ai bisogni di cure palliative domiciliari, nei limiti delle risorse del budget assegnatole, potrà variare il rapporto tra posti residenziali e domiciliari, in modo da consentire una adeguata assistenza palliativa domiciliare.

La struttura dovrà riportare su apposito registro le singole prestazioni erogate a domicilio con indicazione dell'operatore, per consentire alla ASL territorialmente competente il monitoraggio e la verifica delle attività svolte.

Elenco esemplificativo delle attività che possono essere realizzate da remoto anche con strumenti di ICT:

- ✓ Attività Amministrative
- ✓ Consulenze
- ✓ Redazione referti, relazioni, certificazioni mediche, psicologiche e sociali
- ✓ Redazione Piani Assistenziali, Progetti Riabilitativi
- ✓ Visite specialistiche
- ✓ Consulto telefonico
- ✓ Colloquio psicologico-clinico
- ✓ Redazione profilo di funzionamento
- ✓ Colloquio sociale
- ✓ Psicoterapia (individuale e di gruppo)
- ✓ Counseling ai caregiver
- ✓ Consulenze su tematiche specialistiche (allattamento al seno, adolescenti...)
- ✓ Follow-up e monitoraggio telefonico
- ✓ Corsi C.A.N. (Corsi di accompagnamento alla Nascita)
- ✓ Interventi di logopedia
- ✓ Educazione Sanitaria per prevenzione sindrome da immobilizzazione (solo in presenza di caregiver)
- ✓ Addestramento/ supervisione utilizzo protesi ausili (solo in presenza di caregiver)
- ✓ Addestramento/ supervisione gestione stomie (solo in presenza di caregiver)
- ✓ Terapia occupazionale (solo in presenza di caregiver)
- ✓ GLH
- ✓ Trattamento e valutazione dei DSA
- ✓ Attività di prevenzione
- ✓ Gruppi di auto-mutuo aiuto