

PIANO DI CONTRASTO ALLA DIFFUSIONE DI COVID-19 ALL'INTERNO DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI E DISABILI.

In relazione alla necessità di intervenire in modo quanto più radicale sulla diffusione di Covid 19 nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e disabili, attesa l'esclusiva e completa responsabilità giuridica dei soggetti gestori in ordine agli aspetti organizzativi delle attività, si fornisce di seguito un'ipotesi di percorso da seguire per dare attuazione il più rapidamente possibile a quanto preconizzato con nota PG/2020/0292554 del 15/04/2020 recante "Ulteriori indicazioni per la riduzione delle occasioni di contagio da COVID-19".

Dai dati disponibili risulta che, all'aggiornamento più recente, sono presenti in regione:

- 414 Case Residenza per Anziani non autosufficienti, di cui 338 accreditate (21.205 posti totali, di cui 16.294 accreditati)
- 106 Centri Socio-Riabilitativi Residenziali per persone disabili, di cui 88 accreditati (1.651 posti totali, di cui 1.236 accreditati)
- 188 Case di riposo/case albergo per anziani (6.252 posti)
- 138 Comunità alloggio (1.827 posti)
- 397 Piccole strutture/comunità di tipo familiari per anziani (2.285 posti)
- 126 Piccole strutture/comunità di tipo familiari per persone disabili (688 posti)

I dati relativi ai casi aggiornati al 15 aprile evidenziano una presenza piuttosto diffusa di persone COVID-19 positive nelle strutture residenziali. Sono infatti 177 le strutture che hanno registrato almeno 1 caso, pari al 12,9% del totale. Il range numerico di casi presenti nelle strutture varia da 1 a 52 unità, con un'incidenza sul totale dei posti di ciascuna struttura interessata che oscilla da meno dell'1% al 62%.

Tali dati, insieme all'andamento temporale dei contagi e alla dotazione di personale disponibile nelle specifiche strutture, rappresentano tutti elementi da tenere presenti per porre in essere gli interventi più efficaci a garantire nel breve periodo l'interruzione della catena del contagio all'interno delle strutture.

L'intento di questo documento non è solo quello di rafforzare gli interventi già indicati, dapprima con nota PG/2020/0240903 del 20/03/2020 "Emergenza CoViD-19. Indicazioni per i servizi territoriali sociosanitari e strutture residenziali per anziani e persone con disabilità" e a seguire con nota PG/2020/244554 del 23/03/2020 Emergenza CoViD-19. Documento di precisazioni e indicazioni operative per le strutture residenziali per anziani e persone con disabilità" in particolare relativamente alle misure di isolamento e cohorting e la tempestività della diagnosi, che rappresenta la preconditione per avviare precocemente le terapie che consentono oggi di ridurre la carica virale e quindi la possibilità di contagio in comunità, ma anche di orientare le scelte che localmente dovranno essere fatte.

Tempestività della diagnosi

Per evitare la comparsa di focolai di infezione in una popolazione vulnerabile, l'identificazione precoce dei casi e il loro isolamento sono i due elementi fondamentali della strategia.

Il Medico di struttura (medico di assistenza primaria, medico di continuità assistenziale, medico specialista, medico dipendente della struttura), a fronte della comparsa di sintomi che possano far rientrare il caso nei criteri di caso sospetto, deve contattare il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP) per la programmazione dell'effettuazione del tampone naso-faringeo e disporre le modalità di gestione e le precauzioni da adottare in attesa degli approfondimenti diagnostici, laddove non sia necessaria l'ospedalizzazione immediata dell'ospite.

Il tampone nasofaringeo dovrà essere eseguito quanto prima affinché in caso di positività sia avviato il protocollo terapeutico definito a livello regionale entro 72 ore dalla comparsa dei sintomi, una tempistica più breve agirà positivamente sull'avvio delle misure terapeutiche e preventive.

Nelle strutture che hanno casi attivi al loro interno, in particolare laddove si tratti di focolai o di situazioni con maggiori rischi di trasmissione in relazione a competenze presenti, aspetti strutturali, caratteristiche degli ospiti, si ritiene di avviare una verifica della presenza del virus anche nei casi non già positivi, al fine di avere maggiori certezze nella messa in campo degli interventi sanitari ed organizzativi necessari a ridurre fino ad azzerare il contagio. Si dispone pertanto l'esecuzione del tampone sui soggetti che si trovino nelle situazioni soprarichiamate.

Sorveglianza dei contatti del caso

Per gli ospiti di una residenza/comunità presenti al momento della comparsa di uno o più casi con tampone positivo, pare indispensabile, portare la massima attenzione alla comparsa di sintomi anche lievi che potrebbero rappresentare la spia di un avvenuto contagio. In particolare, dovranno essere garantiti a tutti i residenti il monitoraggio biquotidiano della temperatura corporea, della sintomatologia e della saturazione arteriosa di ossigeno e valutare su tale base l'opportunità di sottoporli a nuovo test diagnostico con tampone, in raccordo con il Dipartimento di Sanità Pubblica.

A tal proposito, si ritiene infine particolarmente utile provvedere alla verifica del permanere dello stato di positività anche sugli ospiti attualmente asintomatici, che abbiano trascorso un periodo superiore alle 3 settimane dall'inizio della positività. In questo caso la diagnosi virologica viene posta con due tamponi negativi a distanza di almeno 24 ore, eseguiti dopo 14 giorni di assenza di sintomi.

Isolamento e cohorting

In attesa dell'esito del tampone, il medico dispone l'isolamento precauzionale dell'ospite, prevedendone la collocazione in stanza singola all'interno della struttura. L'accertata infezione da COVID comporta la necessità di valutare l'opportunità di far proseguire il soggiorno del residente risultato affetto da COVID-19 all'interno della struttura stessa in area già identificata come ZONA ROSSA, in ambienti completamente separati dagli ospiti non sintomatici e con assistenza da parte di personale dedicato. Laddove le condizioni logistiche e organizzative non consentano l'individuazione di nuclei residenziali specificatamente dedicati alla cura di persone colpite da COVID-19 (cohorting dei pazienti), o la numerosità dei casi in rapporto all'insieme delle presenze sia inferiore al 5% (quindi dell'ordine di poche unità o di una sola unità nel caso di piccole strutture di tipo familiare) si suggerisce il trasferimento del caso presso struttura esterna in accordo con la famiglia, nella consapevolezza che il trasferimento di pazienti fragili rappresenta in sé un problema per la persona ed i suoi cari e che tale orientamento è assunto esclusivamente con motivazioni connesse alla garanzia di massima tutela per la salute delle persone stesse.

Laddove l'ospite COVID-19 positivo sintomatico sia stato ospedalizzato, il Medico di struttura valuta attentamente il rientro in struttura a seguito di dimissioni dall'ospedale, attestata la completa guarigione clinica, inserendo l'anziano in camera singola per un periodo di isolamento cautelativo. In caso di pazienti già ricoverati, asintomatici e positivi, si raccomanda di ricorrere alle idonee misure di ricollocazione più oltre riportate.

In generale, nei casi in cui il cohorting interno non possa essere adeguatamente garantito, il Gestore, in collaborazione con l'Azienda sanitaria, a tutela della salute pubblica, dovrà individuare collocazioni esterne alternative, da definire sulla base della numerosità dei soggetti da trasferire e della loro tipologia (negativi, positivi, paucisintomatici), avendo a riferimento, indicativamente, le seguenti possibili soluzioni, elencate in ordine di possibilità di più rapida attivazione:

- strutture lungodegenziali o riabilitative di ospedalità privata accreditata. A tal proposito si è raccolta la disponibilità di AIOP ad accogliere persone anche direttamente da strutture socio-sanitarie su indicazione dei referenti sanitari delle strutture medesime o dei referenti sanitari delle AUSL. Le singole Aziende definiranno con le strutture interessate percorsi e modalità, avendo a riferimento l'obiettivo prioritario di interrompere la catena di contagio all'interno della struttura socio-sanitaria.
- aree ospedaliere/Ospedali di comunità individuati quali strutture dedicate, a livello provinciale o distrettuale, all'accoglienza di soggetti COVID-19 positivi.
- strutture residenziali socio-sanitarie individuate quali strutture dedicate, a livello provinciale o distrettuale, all'accoglienza di soggetti COVID-19 positivi ("CRA-COVID"). Pare opportuno valutare la necessità che in tali strutture sia garantita la continuità dell'assistenza sanitaria sulle 24 ore.
- strutture residenziali socio-sanitarie individuate quali strutture dedicate, a livello provinciale o distrettuale, all'accoglienza di soggetti COVID-19 negativi a supporto della possibilità di realizzare CRA-COVID.
- strutture alberghiere, alberghi termali, strutture di accoglienza non sanitaria. L'opportunità di valutare questa soluzione deve basarsi sulla idoneità assistenziale rispetto ai bisogni dell'utenza ed anche sulla loro ubicazione. Fermo restando che queste strutture, di norma, si rivolgono principalmente a persone autosufficienti o con lieve non autosufficienza che non necessitano di assistenza sanitaria, la gestione dell'ospitalità in tali strutture deve essere oggetto di specifiche istruzioni operative concordate con il soggetto che le mette a disposizione.

Come si è già detto, le soluzioni di cui trattasi, miranti alla interruzione della catena del contagio all'interno delle strutture, non devono in alcun caso sostituire le misure di prevenzione del contagio e di supporto alle strutture già richiamate da parte delle Aziende Usi. Per coordinare le attività di verifica, supporto e progettazione delle eventuali soluzioni specifiche, si ribadisce la necessità di istituire nell'ambito di ciascuna CTSS una task force interistituzionale, nella cui composizione sia garantita la presenza delle Aziende sanitarie di riferimento. Tale task force dovrà essere attivabile con immediatezza nel caso insorgano problematiche all'interno della struttura, valutare le proposte del gestore, sulla base della valutazione effettuata dalla Azienda USL territorialmente competente e delle motivazioni addotte dal gestore. In particolare relativamente alla possibilità di individuare strutture COVID dedicate, la task force dovrà promuovere attivamente tali soluzioni.

Elementi imprescindibili saranno sempre rappresentati, ripetiamo, dall'analisi delle effettive potenzialità assistenziali delle singole strutture di origine e del numero di pazienti COVID-19 positivi presenti.

Poiché la collocazione presso strutture aderenti ad AIOP avverrà in un contesto di tutela della salute pubblica e di riduzione del contagio gli oneri saranno a carico del SSR.

Misure di prevenzione per gli operatori delle strutture e vigilanza

Al fine di ridurre le possibilità di contagio degli ospiti da parte del personale che opera nelle residenze, ferma restando la responsabilità datoriale in capo ai Soggetti gestori, pubblici e privati, di verificare la corretta applicazione delle misure di prevenzione (comprese quelle di tipo igienico-sanitario) e il corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale da parte di tutti gli operatori, le Aziende USL

supportano le Strutture in forma consulenziale ed anche attraverso la realizzazione di specifici percorsi di informazione, formazione/aggiornamento.

In occasione di sopralluoghi o interventi di supporto clinico-assistenziale nelle strutture, le Aziende USL evidenziano ai Gestori inadempienze o inadeguatezze nei comportamenti e nell'applicazione delle misure di prevenzione previste ed informano il Sindaco del territorio di riferimento circa lo stato della situazione osservata e le azioni correttive che sono richieste. Le stesse Aziende vigilano sull'effettiva realizzazione di tali azioni e, in caso di inerzia, provvedono a segnalare il caso alla CTSS.