



Gruppo Solidarietà

Coronavirus. Ricovero ospedaliero e residenziale e visite dei familiari Cosa prevedono le disposizioni della regione Marche?

Questa scheda vuole rispondere alla domanda: **cosa prevedono le attuali norme regionali in tema di ricovero ospedaliero e residenziale** (comprendente le strutture extraospedaliere sanitarie e sociosanitarie e quelle sociali)?

Due sono le norme regionali di riferimento:

a) La Dgr [523](#) del 5 maggio 2020 che disciplina la riorganizzazione delle attività sanitarie, comprese quelle di ricovero.

b) La Dgr [685](#) dell'8 giugno 2020 che detta linee di indirizzo per le strutture residenziali extraospedaliere: sanitarie, sociosanitarie, sociali. In applicazione di quest'ultima norma è intervenuta L'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) con la nota del [25 giugno](#) inviata ai Direttori di Area Vasta, Distretti, Dipartimenti di prevenzione.

Ricoveri ospedalieri

Le modalità organizzative di accesso al **Pronto Soccorso** e di **ricovero** vengono stabilite nell'allegato A (da pag. 7) della Dgr 523. Qui riportiamo la sola parte riferita al ricovero ordinario (punto B).

I pazienti sono sottoposti ad effettuazione di tampone, per la ricerca di SARS-CoV-2, 48 ore prima del ricovero. Il prelievo avviene prima dell'ammissione in reparto, per i pazienti provenienti in urgenza dal Pronto Soccorso, ed in fase di pre-ricovero per i pazienti in elezione. Sono previste stanze di degenza singola, dedicate ai pazienti in attesa dell'esito del tampone. Sulla base dell'esito del tampone, il paziente verrà indirizzato nel percorso più appropriato. Si ribadisce che tutti i pazienti che necessitano di ricovero e dei quali non è ancora noto lo stato di COVID-negativo, devono essere considerati come potenzialmente positivi, e applicate tutte le misure di riduzione del rischio di contagio previste.

Va ricordato che per ricovero ospedaliero si intende sia quello in acuzie che in post acuzie (riabilitazione e lungodegenza ospedaliera).

Per quanto riguarda le **Aree di degenza** (punto d) si specifica.

Nelle aree riservate alla degenza è opportuno mettere in atto specifiche azioni cautelative finalizzate alla minimizzazione del rischio di contagio tra pazienti:

- posizionare i letti di degenza ad almeno 1.5 metri di distanza l'uno dall'altro;
- far indossare al paziente la mascherina ed effettuare l'igiene periodica delle mani, o altri dispositivi di protezione individuale ritenuti necessari, in coerenza con i protocolli vigenti;
- limitare gli spostamenti del paziente fuori dalla stanza di degenza;
- ridurre al minimo, solo se necessario, il numero di visitatori/assistenti per paziente;
- monitorare costantemente ed accuratamente, nel paziente asintomatico, l'eventuale comparsa di sintomi suggestivi per COVID-19, da registrare in cartella. In caso di comparsa di sintomi sospetti per COVID-19 si esegue il tampone rino-orofaringeo e si procede all'isolamento del paz. in attesa dell'esito del test.

Strutture residenziali extraospedaliere (sanitarie, sociosanitarie, sociali)

La Dgr 685 disciplina diversi aspetti del sistema residenziale. Va, innanzitutto, specificato a quali strutture la regolamentazione si rivolge. Sono quelle indicate nell'allegato 1c del



Regolamento regionale n. 1/2018 (aree: anziani/fragilità, disabili, salute mentale, dipendenze, adulti, minori). Nell'area sanitaria extraospedaliera, ad esempio: dalla riabilitazione intensiva agli hospice; dalle Cure intermedie alle residenze sanitarie terapeutiche; Dalle Unità speciali alle diverse tipologie di RSA. Si possono stimare complessivamente 13.500 posti per circa 50 tipologie di strutture. Seppur ricompresi nell'area extraospedaliera circa 1000 posti gestiscono, con diversi livelli di intensità assistenziale, la post acuzie, con malati in dimissione ospedaliera. In alcuni casi, per tutti i posti, in altri per una parte di essi (ad esempio: riabilitazione intensiva, Cure intermedie, hospice, Unità speciali, RSA anziani).

Per queste strutture la DGR 685 detta alcune indicazioni, stabilendo inoltre “di dare mandato all'ASUR di declinare con appositi protocolli le linee di indirizzo (...) adeguandole alle esigenze organizzative/gestionali delle diverse tipologie di utenza presenti nelle strutture residenziali; di stabilire che le linee di indirizzo (...) vengano monitorate nella loro applicazione dalle Unità Operative Sociali e Sanitarie (**U.O.SeS**) competenti per territorio integrate dalle relative articolazioni dei Dipartimenti di Prevenzione (DP)dell'ASUR”.

Le indicazioni contenute nell'allegato 1 riguardano quattro aspetti: “1. Misure per la prevenzione del contagio da Covid-19; 2. Attivazione di nuovi ingressi o riammissioni da ricoveri ospedalieri/pronto soccorso; 3. Accessi alle strutture da parte di visitatori/familiari; 4. Accessi alle strutture da parte di altri soggetti (fornitori vari, operatori sanitari e sociosanitari, Medici di Medicina Generale) 5. Gestione di eventuali casi Covid + o invio in ospedale”.

Per quanto riguarda **l'attivazione di nuovi ingressi o riammissioni da ricoveri ospedalieri/pronto soccorso** (sezione 2) vengono richiamati alcuni documenti dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS); indicate le modalità con cui deve essere garantito l'isolamento (area neutra di osservazione) i cui requisiti dovranno essere verificati dal Dipartimento di Prevenzione (DP); definita la procedura per casi sospetti e per la gestione di nuovi ingressi condivisa con le UOSeS e DP. Successivamente si dispone (corsivo nostro): “Il ricovero/ammissione di nuovi soggetti e la riammissione da ricoveri ospedalieri nelle strutture residenziali sanitarie, socio-sanitarie e sociali, potrà avvenire soltanto previa esecuzione di tampone (test SARS-CoV-2), eseguito non oltre le 72 ore precedenti la data di accesso in struttura, e avente esito negativo. *L'ammissione in struttura senza il periodo di quarantena e relativo tampone, è consentito solo previa certificazione, da parte della Direzione Sanitaria dell'Ospedale di provenienza, in cui si attesta il percorso “pulito/Covid free” seguito dall'ospite durante tutta la fase di degenza/ricovero.* (...) Si rammenta che la eventuale negatività del tampone effettuato all'ingresso non implica la sicurezza che questo residente non possa sviluppare una malattia nei giorni successivi. Il tampone negativo all'ingresso deve essere ripetuto dopo 14 gg, prima che l'ospite venga ammesso alla vita comunitaria”.

Come sopra indicato, l'ASUR il successivo 25 giugno ha inviato ai direttori di Distretto gli indirizzi applicativi della Dgr 685. Al punto 1.3, **Gestione dei nuovi ingressi e reingressi degli ospiti nelle strutture**, dopo aver richiamato che “la definizione delle regole generali di accesso alle strutture attiene alla responsabilità della Direzione sanitaria della struttura, come definito dal DPCM 11/6/2020 – articolo 1–punto bb”, riprende alcune indicazioni della delibera: “Per quanto attiene agli accessi di nuovi pazienti, sono da privilegiarsi i ricoveri limitati ai casi urgenti e improcrastinabili, ferma restando, anche per le situazioni non urgenti, un'attenta valutazione da parte della Direzione Sanitaria. Il ricovero di nuovi soggetti e il rientro da ricoveri ospedalieri, potrà avvenire soltanto previa esecuzione di tampone (test SARS-CoV-2), eseguito non oltre le 72 ore precedenti la data di accesso in struttura, e avente esito negativo. Inoltre l'ammissione in struttura senza il periodo di quarantena e relativo tampone, è consentito solo previa certificazione, da parte della Direzione Sanitaria dell'Ospedale di provenienza, in cui si attesta il percorso “pulito/Covid free” seguito dall'ospite durante tutta la fase di degenza/ricovero. Nei nuovi accessi va comunque sempre verificata l'assenza di sintomi quali febbre e/o tosse e/o problemi respiratori e/o dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, ageusia, anosmia



negli ospiti e nei familiari e valutata la presenza di eventuali contatti a rischio nei 14 giorni precedenti. Si rammenta altresì che la eventuale negatività del tampone effettuato all'ingresso non implica la sicurezza che questo residente non possa sviluppare una malattia nei giorni successivi. Il tampone negativo all'ingresso deve essere ripetuto dopo 14 gg, prima che venga ammesso alla vita comunitaria. Occorre pertanto tenere presente che l'accesso di nuovi residenti in struttura residenziale sociosanitaria è subordinato al fatto che le strutture prevedano l'allestimento di un modulo di accoglienza temporanea dedicato ai nuovi ospiti, o l'adozione di misure idonee a garantire adeguato distanziamento sociale fra gli ospiti, allo scopo di garantire un'ulteriore barriera contro la diffusione del virus da soggetti in una possibile fase di incubazione”.

Nota. Nell'invitare ad una lettura integrale delle norme citate - al fine di non appesantire la scheda si è ritenuto di apportare gli aspetti più significativi - si possono evidenziare alcuni aspetti.

1) Il **ricovero ospedaliero** programmato o dopo ingresso in PS, non necessita di periodo di isolamento, dopo tampone negativo (in attesa del risultato i pazienti debbono essere considerati potenzialmente positivi).

2) Nel **ricovero extraospedaliero** (sia con provenienza dall'ospedale o dal domicilio) una volta accertata la negatività del tampone, la persona viene messa quarantena (considerato potenzialmente positivo) per 14 giorni. Al termine, viene di nuovo effettuato tampone, se negativo termina isolamento. La norma stabilisce l'eccezione: *L'ammissione in struttura senza il periodo di quarantena e relativo tampone, è consentito solo previa certificazione, da parte della Direzione Sanitaria dell'Ospedale di provenienza, in cui si attesta il percorso “pulito/Covid free” seguito dall'ospite durante tutta la fase di degenza/ricovero.*

Occorre ricordare che nel periodo di isolamento la persona viene considerata potenzialmente positiva e si attivano tutte le misure e procedure riguardanti questa situazione (non previste visite, vietato uscire dalla camera, dispositivi di protezione previsti nell'isolamento). Inoltre nel passaggio dal regime ospedaliero (compresa post acuzie) a quello extraospedaliero la consentita mobilità viene interrotta (il paziente, ad esempio, inviato in riabilitazione intensiva o estensiva extraospedaliera come effettua tale riabilitazione?).

Le visite

Il [Dpcm 11 giugno 2020](#), prevede che l'”accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione”.

La **Dgr 685** (sezione 3), consapevole che non in tutte le strutture è presente la direzione sanitaria, stabilisce che l'autorizzazione deve essere concessa dalla *Direzione della struttura*. “Fintanto che permane lo stato di emergenza sanitaria nazionale, la visita parenti/conoscenti può essere autorizzata nei casi necessari soltanto dalla Direzione della struttura, previa appropriata valutazione dei rischi-benefici. Le persone autorizzate dovranno comunque essere in numero limitato e osservare tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da COVID-19 (in particolare utilizzo di DPI e distanziamento sociale/fisico)”. Si specifica inoltre. “Per i casi che richiedono un incontro in forma diretta bisogna organizzare lo svolgimento dell'incontro al fine di garantire tutte le necessarie misure di sicurezza e protezione che dovranno essere rispettate secondo le seguenti indicazioni:

1. Prevedere lo svolgimento dell'incontro su appuntamento, in modo da scaglionare le visite/colloqui per evitare assembramenti;
2. Per il visitatore/familiare che accede alla struttura è obbligatorio compilare (avendo cura di registrare la data dell'accesso) e conservare in apposito registro la scheda di valutazione per ingresso di visitatori - (vedi Appendice Questionario-Triage). È assolutamente necessario impedire l'accesso a persone che presentino



sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di COVID19 sospetti/probabili/confermati negli ultimi 14 giorni.

3. Potrà accedere un solo visitatore/familiare che dovrà indossare la mascherina chirurgica e un paio di guanti.
4. Raccomandare al familiare di mantenere una distanza di almeno 1 metro e istruirlo al lavaggio delle mani con acqua e sapone o soluzione idroalcolica prima e dopo l'accesso la visita alla stanza di degenza;
5. Dove possibile, sarebbe auspicabile organizzare le visite in spazi all'aperto, oppure in luoghi dedicati, che siano poi sanificati e che permettano il distanziamento fisico, al limite se gli spazi non fossero sufficienti prevedere barriere di plexiglass. Areare spesso i locali dedicati.
6. Riservare l'accesso nella struttura e in stanza di degenza solo ai pazienti non mobilizzabili al fine di limitare al massimo l'ingresso di esterni in struttura.
7. Garantire nelle nuove modalità organizzative derivanti dall'applicazione delle presenti linee di indirizzo il coinvolgimento delle associazioni rappresentative dei familiari, ove presenti;
8. Garantire l'aggiornamento delle carte dei servizi delle strutture sulla base delle presenti linee di indirizzo.
9. Va definito, distinguendolo ove possibile, il percorso tra ingresso e uscita. In caso contrario è necessario regolamentare i flussi in modo da evitare contatti e assembramenti”.

Nella nota di **ASUR del 25 giugno**, il punto 1.4, **Accesso alle strutture di visitatori e familiari**, stabilisce: “L'accesso di parenti e visitatori alle strutture, è regolamentato, controllato ed autorizzato di volta in volta dalla Direzione sanitaria, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione. Le persone autorizzate dovranno comunque essere prive di sintomi (con verifica in particolare della temperatura) e in numero limitato e osservare tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da COVID-19 (in particolare utilizzo di DPI e distanziamento sociale/fisico) Si evidenzia in ogni caso l'opportunità di privilegiare, e sempre di comune accordo, forme a distanza anche attraverso l'utilizzo di strumenti alternativi al contatto diretto, tramite sistemi di comunicazione a distanza (es. telefono, video chiamate, videoconferenze) magari intensificando la frequenza degli appuntamenti. Per i casi eccezionali che necessitano di forma diretta prevedere lo svolgimento dell'incontro su appuntamento. Per il visitatore/familiare che accede alla struttura è obbligatorio compilare (avendo cura di registrare la data dell'accesso) e conservare la scheda di valutazione per ingresso di visitatori - (Allegato 2 - Modulo autocertificazione -DGR n. 523 del 05.05.2020). Potrà comunque accedere un solo visitatore/familiare che dovrà indossare la mascherina chirurgica, un camice monouso e praticare l'igiene della mani con lavaggio/uso del gel a base alcolica; inoltre dovrà essere mantenuta una distanza di almeno 1 metro”.

Nota. Con la Fgr dell'8 giugno la Regione ha dato le prime disposizioni circa le visite nelle strutture residenziali. Per quanto, invece, riguarda le visite in ospedale, nella Dgr 523 del 5 maggio, si specificava di “ridurre al minimo, solo se necessario, il numero di visitatori/assistenti per pazienti”. Sulla base di queste indicazioni, le Direzioni sanitarie degli ospedali hanno definito, conseguentemente, le modalità di accesso. La nota ASUR del 25 giugno, fa riferimento (come il Dpcm 11.6.20) alla direzione sanitaria e non alla direzione della struttura e riprende con alcune modifiche (ad esempio indica la necessità che il visitatore indossi il camice) la Dgr 685. Non è chiaro se con la nota inviata ai direttori di Area Vasta e di Distretto ritenga di aver dato applicazione alla Dgr 685 nel punto in cui veniva chiesto ad ASUR di “declinare con appositi protocolli le linee di indirizzo (..) adeguandole alle esigenze organizzative/gestionali delle diverse tipologie di utenza presenti nelle strutture residenziali”.

Considerazioni

A seguito delle molte richieste di chiarimento che ci sono giunte, in particolare nelle ultime settimane, abbiamo pensato utile e necessario ricapitolare le disposizioni vigenti. Chi legge è in



grado di farsi un'idea in merito alle problematiche e contraddizioni presenti sia riguardo le visite (le norme ad oggi non disciplinano le uscite delle persone che vivono nelle strutture) ed i ricoveri in ospedale e nei diversi servizi residenziali. Per tutti i temi sopra esposti, pare indispensabile un rapidissimo coordinamento istituzionale chiamato a tenere in equilibrio obbligo di prevenzione del contagio con la qualità di vita delle persone. Non è facile, ma non pare ulteriormente rimandabile. In questi mesi abbiamo visto i tragici effetti del contagio, ma stiamo vedendo anche la situazione di enorme sofferenza di molte persone che vivono nelle residenze e dei loro familiari. Una sofferenza, che si sta estendendo a tutte le persone che hanno necessità di ospitalità e ricovero e che in questa situazione non riesce a trovare risposte.

Per quanto ci riguarda la nostra posizione l'abbiamo espressa nei giorni scorsi con questo appello alla [responsabilità](#).

Vedi anche

[L'ora della responsabilità. Servizi residenziali. Visite dei familiari e uscite](#)
[Obiettivo non può essere "tornare come prima". Anziani e servizi residenziali](#)
[Sono attive e come operano le Unità territoriali sociosanitarie \(UOSeS\)?](#)
[Potenziamento servizi distrettuali di valutazione e presa in carico](#)
[Famiglie e persone con disabilità nell'emergenza coronavirus](#)
[Della dignità e qualità di vita. Prima e dopo. Anziani e servizi residenziali](#)
[Sostegni domiciliari e assistenza residenziale. La risposta della Regione](#)

Sostieni il Gruppo Solidarietà con il 5 x 1000
Codice fiscale 91004430426