



Ai Direttori Generali
e, per il loro tramite
a tutte le articolazioni interne

- *delle Aziende Sanitarie Locali*
- *delle Aziende Ospedaliero Universitarie*
- *degli IRCCS pubblici*
- *degli IRCCS/EE privati*

Al Coordinatore Rete Malattie Rare Puglia
Al Coordinatore Rete Oncologica Puglia
Al Coordinatore Rete Ematologica Puglia
Al Coordinatore Rete Nefrologica-Dialitica-Trapiantologica (ReNDiT)
Ai Referenti delle Reti Talassemia, Parkinson, T.A.O., Percorso nascita, Terapia del Dolore
Alle Associazioni e Rappresentanze di Categoria:

- *dei MMG/PLS*
- *delle Farmacie pubbliche e private convenzionate*
- *delle Strutture private accreditate*

Agli Ordini Professionali

e, p.c.

Ai Dirigenti delle Sezioni del Dipartimento
Al Dirigente Struttura Comunicazione Istituzionale
Al Direttore Generale Aress Puglia
All' Assessore alla Sanità, Benessere animale e Controlli in sanità

OGGETTO: COVID-19: Accesso alle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali pubbliche e private accreditate – Misure per il contenimento e la gestione della circolazione di SARS-CoV-2 – PRECISAZIONI.

Le malattie infettive, e in particolare le febbri emorragiche virali e le infezioni delle vie respiratorie, rappresentano una delle più rilevanti cause di malattia, disabilità e morte.

L'emergenza e/o la riemergenza di agenti infettivi (Ebola, poliovirus selvaggio, virus delle epatiti virali) impattano sulla sostenibilità dei sistemi sanitari, come ha dimostrato la recente pandemia da coronavirus (SARS-CoV-2/COVID-19) che ha reso necessaria l'applicazione di misure di prevenzione adeguate a contrastarne i connessi rischi sanitari per la comunità.

La pandemia affrontata, inoltre, ha confermato l'esigenza di un potenziamento delle strategie di prevenzione volte a migliorare la capacità del sistema sanitario di rispondere ad un'eventuale situazione di crisi, nonché a proseguire l'impegno in specifici programmi di prevenzione.

La sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive, peraltro, rientrano tra le azioni di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 marzo 2017, "*Identificazione dei sistemi di sorveglianza e dei registri di mortalità, di tumori e di altre patologie*" e fanno parte delle prestazioni definite dal quadro A dell'allegato 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*".



Con Deliberazione 22 dicembre 2021, n. 2198 la Giunta regionale ha approvato il “Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025” (PRP 2021-2025) in attuazione del corrispondente “Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025” (PNP 2020-2025), quale strumento di programmazione regionale, nell’ambito del quale sono definiti gli obiettivi posti a carico delle Regioni e delle Province autonome che rientrano nel monitoraggio e nella valutazione dei LEA.

Gli obiettivi fissati dal Piano Nazionale della Prevenzione sono declinati mediante Macro obiettivi/Macro ambiti costituiti, tra l’altro, dalle Malattie infettive prioritarie. A tale riguardo, le misure per il contrasto dell’Antimicrobico - resistenza (AMR) e delle Infezioni correlate all’assistenza (ICA) sono tra gli ambiti di intervento ritenuti prioritari dal piano nazionale, sui quali dovranno essere concentrate le attività di prevenzione.

Con l’ultimo rapporto ¹ “*Considerations for infection prevention and control practices in relation to respiratory viral infections in healthcare settings*”, pubblicato lo scorso 6 febbraio, il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) ha elaborato raccomandazioni per il rafforzamento delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC), con particolare riferimento alle infezioni virali respiratorie, nelle strutture sanitarie.

L’ECDC sottolinea che alti livelli di trasmissione comunitaria e la co-circolazione di virus respiratori, come la sindrome respiratoria acuta grave da coronavirus 2 (SARS-CoV-2), l’influenza, il virus respiratorio sinciziale (RSV) e altri, possono aumentare la pressione sui sistemi sanitari.

Sulla base dell’esperienza della pandemia da SARS-CoV-2 e di evidenze disponibili, il rapporto dell’ECDC si propone di fornire alcune considerazioni pratiche per mitigare la diffusione del virus respiratorio nelle strutture sanitarie mediante il rafforzamento di adeguate pratiche di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC), secondo un approccio “olistico” che affronti i rischi connessi derivanti dalla trasmissione di tutte le infezioni respiratorie e non solo dell’infezione da SARS-CoV-2.

Secondo l’ECDC, pertanto, le principali misure IPC, che sarebbe opportuno metter in atto nelle strutture sanitarie, comprendono:

- misure amministrative, come il *triage* e il collocamento degli assistiti con infezioni respiratorie in stanze singole o in stanze con altri soggetti con la stessa infezione virale ²;
- precauzioni standard, come l’igiene delle mani;
- l’uso appropriato dei dispositivi di protezione individuale (DPI);
- misure ambientali, come la pulizia e la ventilazione degli ambienti.

L’esecuzione di *test* diagnostici per COVID-19, influenza e RSV potrebbero facilitare sia la gestione dei ricoveri dei pazienti, sia l’appropriata assegnazione di camere e letti in conformità con le raccomandazioni IPC.

Strategie di *testing* universali possono essere prese in considerazione durante i periodi di alta trasmissione comunitaria di SARS-CoV-2, mirando in particolare a gruppi vulnerabili ad alto rischio (ad esempio pazienti ricoverati in oncologia, unità di trapianto, ecc.) o in caso di virus emergenti ad alto impatto (ad esempio varianti emergenti di SARS-CoV-2 con elevata morbilità e mortalità).

Con specifico riferimento alla necessità di eseguire un *test* SARS-CoV-2 per poter accedere alle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, pubbliche e private accreditate, si richiamano le disposizioni regionali vigenti in materia, come riferite ai soggetti di seguito identificati.

¹ <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Considerations%20for%20IPC%20respiratory%20viral%20infections%20in%20HC%20settings.pdf>

² Con priorità per gli assistiti con coinfezioni che coinvolgono due (o più) virus respiratori, immunocompromessi, sintomatici e/o che richiedono procedure al letto associate ad un alto rischio di trasmissione.



1. Accesso dei visitatori alle strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie nonché ai reparti di degenza delle strutture ospedaliere

L'articolo 7-ter, comma 1, del D.L. n.162/2022 come convertito in legge con modificazioni dalla L. n.199/2022 ha abrogato i commi da 1-bis a 1-septies dell'art. 1-bis "Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socio-assistenziali, sociosanitarie e hospice" del decreto-legge 1° aprile 2021, n. 44, convertito, con modificazioni, dalla legge 28 maggio 2021, n. 76.

Pertanto, come già chiarito con nota prot. AOO/005/0000053 del 03.01.2023, non è più necessario essere muniti di una certificazione verde COVID-19 e/o della certificazione che attesti l'esito negativo del test antigenico rapido o molecolare, eseguito nelle quarantotto ore precedenti l'accesso alla struttura.

Ai sensi del comma 1 del richiamato art. 1-bis, è ripristinato l'accesso, su tutto il territorio nazionale, di familiari e visitatori a strutture di ospitalità e di lungodegenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, anche non autosufficienti, e comunque in tutte le strutture residenziali di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie (di cui all'articolo 44 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017) e in quelle socio-assistenziali.

L'articolo 7-ter, comma 2, del D.L. n.162/2022 come convertito in legge con modificazioni dalla L. n.199/2022 ha, inoltre, abrogato gli articoli 2-bis "Misure concernenti gli accessi nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie" e 2-quater "Misure concernenti le uscite temporanee degli ospiti dalle strutture residenziali" del decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 giugno 2021, n. 87.

A seguito di tale intervento normativo:

- a) agli accompagnatori dei pazienti non affetti da COVID-19 nonché agli accompagnatori dei pazienti in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104 è **consentito permanere** nelle sale di attesa dei dipartimenti d'emergenza e accettazione e dei reparti di pronto soccorso nonché dei reparti delle strutture ospedaliere, dei centri di diagnostica e dei poliambulatori specialistici **senza ulteriore formalità e senza esibizione del green pass**;
- b) per l'accesso alle prestazioni di pronto soccorso **non è più necessario sottoporsi al test antigenico rapido o molecolare**;
- c) agli accompagnatori dei pazienti in possesso del riconoscimento di disabilità con connotazione di gravità ai sensi dell'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nonché agli accompagnatori di soggetti affetti da Alzheimer o altre demenze o deficit cognitivi con sintomi anche lievi o moderati, **certificati è consentito prestare assistenza**, anche nei reparti di degenza e di pronto soccorso **senza ulteriore formalità e senza esibizione del green pass**;
- d) alle persone ospitate presso strutture di ospitalità e lungodegenza, residenze sanitarie assistite, hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e no, strutture residenziali socioassistenziali e altre strutture residenziali di cui al capo IV e all'articolo 44 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 **sono consentite uscite temporanee senza ulteriore formalità e senza possesso del green pass**.

Si ribadisce che permane, invece, **l'obbligo di utilizzo di dispositivi di protezione delle vie respiratorie da parte degli utenti e dei visitatori** delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali, comprese le strutture di ospitalità e lungodegenza, le residenze sanitarie assistenziali, gli hospice, le strutture riabilitative, le strutture residenziali per anziani, anche non autosufficienti, e comunque le strutture residenziali di cui all'art. 44 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017.



2. Accesso degli assistiti presso le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, pubbliche e private accreditate per ricovero a ciclo diurno, per attività in regime di day service medico e day service ciclici nonché presso le strutture residenziali, semi-residenziali

Con nota prot. n. AOO/005/0008775 del 23.12.2022, la Regione Puglia ha approvato il documento "Procedura Operativa per l'accesso in Sicurezza nelle Strutture Ospedaliere e Territoriali", con il quale ha inteso fornire indicazioni in merito all'erogazione delle prestazioni, ospedaliere e territoriali.

A tal fine, dopo aver puntualizzato che *"la Regione Puglia garantisce l'accesso alle cure da parte di tutti i cittadini, in regime di ricovero o specialistica ambulatoriale, specificando i percorsi che possano consentire la tutela dei pazienti e degli operatori sanitari, di cui si forniscono linee guida generali"*, il richiamato documento, precisa che resta ferma la possibilità *"che ciascuna direzione sanitaria di Azienda, Ente o struttura sanitaria del Servizio Sanitario Regionale potrà adottare, per proprie oggettive esigenze, misure peculiari predisposte a tal fine. Al riguardo, si chiede alle Direzioni Strategiche delle AA.SS.LL. di garantire procedure uniformi su tutto il proprio territorio di competenza, in contesto ospedaliero e territoriale"*.

Pertanto, fatto salvo quanto già indicato al precedente paragrafo 1 di questa nota e di quanto già indicato con la prot. AOO/005/0000053 del 03.01.2023, per l'accesso degli assistiti presso le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, pubbliche e private accreditate per ricovero, attività in regime di day service, si deve far riferimento a quanto indicato nel documento recante la *"Procedura Operativa per l'accesso in Sicurezza nelle Strutture Ospedaliere e Territoriali"* atteso che il legislatore nazionale non ha disciplinato tale fattispecie e il Ministero della Salute non ha impartito indirizzi specifici da osservare nella fase post-emergenziale.

Pertanto, per l'accesso degli assistiti presso le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, pubbliche e private accreditate per ricovero, attività in regime di day service è necessario che sia eseguito un test antigenico di terza generazione o molecolare per SARS-CoV-2, nei seguenti casi:

- a) accesso alla struttura per ricovero ospedaliero o per ricovero a ciclo diurno programmati;
- b) accesso alla struttura per attività in regime di day service chirurgico e day service ciclici;
- c) accesso nelle aree di degenza a seguito di accesso di Pronto Soccorso.

Per quanto attiene le strutture private accreditate, il costo del test antigenico rapido di terza generazione per SARS-CoV-2 pari ad € 15,00, fatte salve ulteriori determinazioni definite dalla Giunta regionale, che dovrà essere rendicontato a parte perché ne sia riconosciuto il relativo rimborso.

Il rimborso è riconosciuto per n. 1 test antigenico/paziente per ciascun accesso documentato.

3. Accesso degli assistiti presso le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, pubbliche e private accreditate per attività in regime ambulatoriale

Ai soggetti che si recano presso una struttura sanitaria, ospedaliera e territoriale, pubblica e privata accreditata per attività per sottoporsi a visite specialistiche in regime ambulatoriale e/o esami medici non è più prevista la permanenza minima giornaliera presso la struttura e non è più richiesto di sottoporsi a test SARS-CoV-2.

4. Accesso dei caregiver e degli operatori delle associazioni di volontariato nelle strutture sanitarie, socio-sanitarie

In ragione del nuovo quadro normativo già esposto, **si chiarisce che è consentito l'accesso e la permanenza dei caregiver nelle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, pubbliche e private accreditate, in particolare**



per l'assistenza ai pazienti anziani, alle donne in gravidanza nonché per i pazienti non autosufficienti e in condizione di fragilità

Analogamente, è consentito l'accesso e la presenza dei volontari nelle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, pubbliche e private accreditate, secondo modalità organizzative che dovranno essere concordate con il Direttore Sanitario dell'Azienda/Ente/Struttura o con il Dirigente Medico di Presidio ospedaliero o territoriale.

In ogni caso, i caregiver e i volontari dovranno indossare i DPI e rispettare le indicazioni per la prevenzione dei contagi e per assicurare l'attività in condizioni di sicurezza, come da indicazioni contenute nei protocolli per la prevenzione delle malattie infettive in ambito sanitario e definite, per ciascuna struttura, dal Direttore Sanitario dell'Azienda/Ente/Struttura o dal Dirigente Medico di Presidio ospedaliero o territoriale.

Al fine di monitorare l'andamento delle misure residuali di prevenzione dei contagi e per l'aggiornamento della "Procedura Operativa per l'accesso in Sicurezza nelle Strutture Ospedaliere e Territoriali" sarà prevista l'istituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare.

Per quanto sopra evidenziato, si chiede di prendere atto dei contenuti della presente comunicazione e delle note in essa richiamate per garantirne piena attuazione e diffusione.

Il Dirigente del Servizio Promozione della Salute e Sicurezza nei luoghi di Lavoro

Nehludoff Albano

La Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale

Antonella Caroli

Il Dirigente del Servizio Strategie e Governo dell'Assistenza Ospedaliera Gestione Rapporti convenzionali

Vito Carbone

La Dirigente del Servizio Strategie e Governo Assistenza alle Persone in condizioni di fragilità Accreditamento e Qualità

Elena Memeo

Il Dirigente della Sezione Promozione della Salute e del Benessere

Onofrio Mongelli

Il Dirigente della Sezione Strategie e Governo dell'Offerta

Mauro Nicastro

Il Direttore del Dipartimento

Vito Montanaro