

ALLEGATO A) alla deliberazione della Giunta regionale **

Linee guida per l'adozione di piani territoriali per la riorganizzazione e la gestione in sicurezza dei servizi e degli interventi per la disabilità dal rischio di contagio da COVID-19.

Art. 17 della legge regionale 18 maggio 2020, n. 9.

Sommario

Sommario	2
Introduzione	3
Gli obiettivi	7
Il contenuto dei piani.....	9
Monitoraggio sull'attuazione dei piani e flusso informativo	12
Sub Allegato A1) - Protocolli di sicurezza	13

Introduzione

Il presente atto d'indirizzo interviene, nel perdurare dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 appena interessato dal progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, a tracciare la direzione di marcia verso un più deciso e organizzato riavvio delle attività in favore delle persone con disabilità, rispetto al periodo di transizione in atto che ha fatto seguito alla sospensione dell'attività dei centri semiresidenziali, caratterizzandola con l'erogazione di interventi compensativi e sostitutivi, messi in campo nell'urgenza di sopperire alle esigenze assistenziali non comprimibili dell'utenza.

Il ricorso a 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 ricreare aggregazione>>*, secondo la formulazione recata dall'articolo 48 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni nella legge 24 aprile 2020, n. 27, ha costituito l'alternativa possibile alle modalità standard di svolgimento delle attività dei servizi semiresidenziali, che si sono dovute necessariamente accantonare per la situazione di emergenza sanitaria e le correlate necessità di protezione dal rischio di contagio.

Con qualche anticipo rispetto all'entrata in vigore della sopra richiamata disposizione e poi successivamente in via di applicazione della medesima, l'Amministrazione regionale, con documentazione dell'Assessorato competente, era intervenuta a dare le prime indicazioni operative ai servizi territoriali per fronteggiare l'emergenza della chiusura dei centri diurni e assicurare, per quanto possibile, la necessaria continuità assistenziale, in particolare nei casi più gravi.

Non sempre e non in egual misura i diversi territori sono riusciti a corrispondere alle nuove esigenze dettate dall'emergenza e alle indicazioni date, vuoi per i diversi modelli organizzativi e gestionali che contraddistinguono gli Enti gestori dei servizi per la disabilità, vuoi talora per la stessa carenza di domanda da parte delle famiglie, sostanzialmente per il timore del contagio, e - non da ultimo - anche per le incertezze applicative della sopra richiamata disposizione nazionale, segnatamente con riguardo ai commi 2 e 3 dell'articolo 48 nella versione previgente alla revisione che ne è stata infine fatta con il decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, cosiddetto "Rilancio"¹.

Le questioni implicate da tale disciplina sono state, infatti, oggetto di un acceso dibattito, a livello generale, che ha registrato l'assunzione di posizioni contrastanti ed anche controverse da parte dei soggetti interessati, tanto da richiedere l'impegno assunto dalla Regione a supportarne l'applicazione con indicazioni demandate a questo atto.²

L'intervenuta riscrittura dell'intero articolo ad opera del sopra richiamato decreto legge 34/2020 ha portato al superamento delle diverse e contrastanti opzioni interpretative, rendendo così al momento non più necessarie le indicazioni di cui sopra.

¹ Il decreto legge 19 maggio 2020, n. 34, reca *<<Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19>>*, ed è stato pubblicato sul supplemento ordinario n. 21/L alla Gazzetta ufficiale n. 128 del 19 maggio 2020.

² Tale impegno è stato codificato all'articolo 17, comma 7, della legge regionale 18 maggio 2020, n. 9, recante *<<Disposizioni urgenti in materia di autonomie locali, finanza locale, funzione pubblica, formazione, lavoro, cooperazione, ricerca e innovazione, salute e disabilità, rifinanziamento dell'articolo 5 della legge regionale 3/2020 recante misure a sostegno delle attività produttive>>*. Per il testo dell'articolo vedi la nota 5.

Con il sopravvenire del DPCM del 26 aprile 2020, che ha dettato le regole di primo allentamento delle misure di distanziamento sociale e di ripresa di parte delle attività economiche, il Governo ha anche corrisposto all'esigenza programmatica necessitata dalla prospettiva della ripresa delle attività sospese che sono qui d'interesse, con la previsione dell'adozione di appositi piani territoriali da parte delle Regioni (art. 8) che assicurino <<il rispetto delle disposizioni per la prevenzione dal contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori>>.

La medesima disposizione è stata poi riproposta nel più recente DPCM del 17 maggio 2020, all'articolo 9, integrata con la disposizione del comma 2 che prevede per le persone con disabilità (e altre categorie di persone fragili) la possibilità della riduzione del distanziamento sociale al di sotto della soglia prevista³.

E' evidente che il perdurare dell'emergenza sanitaria, con le imprescindibili cautele a tutela della salute delle persone che vi accedono, implicano che la riattivazione delle attività considerate⁴ non possa essere disposta *sic et simpliciter* con ritorno a quello ch'era prima della sospensione dei servizi: le condizioni date non lo consentono. Le condizioni date richiedono uno sforzo di costruzione di processi per l'erogazione in sicurezza delle prestazioni, dei servizi e degli interventi, di rimodulazione dei relativi modelli e di riprogettazione dei percorsi di presa in carico, nel coinvolgimento più stretto e coordinato da parte dei servizi sociali, sanitari e degli enti gestori per la disabilità e con attenzione, ancor più necessitata dalla eccezionalità del momento, alla personalizzazione degli interventi, secondo i principi affermati dalla legge regionale 22/2019.

Al riguardo, si può osservare come l'emergenza COVID-19 si presti a costituire un fattore di accelerazione di quei fenomeni di cambiamento che interessano il sistema regionale dei servizi per la disabilità nella direzione del ripensamento dei modelli di servizio secondo personalizzazione.

Nel solco della pianificazione suggerita dal Governo e guardando alle esigenze delle proprie specificità, la Regione è intervenuta - anche sul piano della riprogrammazione della spesa regionale dedicata - a codificare in norma il percorso di riferimento, con il varo delle disposizioni recate dall'articolo 17 della legge regionale 9/2020.⁵

3 <<2. Le persone con disabilità motorie o con disturbi dello spettro autistico, disabilità intellettiva o sensoriale o problematiche psichiatriche e comportamentali o non autosufficienti con necessità di supporto, possono ridurre il distanziamento sociale con i propri accompagnatori o operatori di assistenza, operanti a qualsiasi titolo, al di sotto della distanza prevista>>.

4 All'art. 9, comma 1, del DPCM 17 maggio 2020 si fa riferimento alle <<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>>

5 Per comodità di consultazione, se ne riporta integralmente il testo:

<<Articolo 17 (Piano straordinario per la disabilità a protezione della salute dal contagio da COVID-19)

1. Al fine di garantire che i servizi e gli interventi a favore delle persone con disabilità siano uniformemente resi sul territorio regionale in forme e modalità adeguate alla situazione di emergenza sanitaria e di protezione civile dovuta all'epidemia da COVID-19, in via straordinaria, la concessione per l'anno 2020 dei contributi previsti dalle disposizioni di legge regionale richiamate al comma 4 è disposta, a integrazione e adeguamento delle finalità previste dalle disposizioni medesime, per l'attuazione di specifici piani territoriali predisposti dalle Aziende sanitarie in collaborazione con i soggetti gestori dei servizi e degli interventi di cui all'articolo 6, comma 1, lettere da e) ad h), della legge regionale 25 settembre 1996, n. 41 (Norme per l'integrazione dei servizi e degli interventi sociali e sanitari a favore delle persone handicappate ed attuazione della legge 5 febbraio 1992, n. 104 <<Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti delle persone handicappate>>), con i Servizi sociali dei Comuni e con i soggetti gestori

dei Servizi di integrazione lavorativa nel caso del contributo richiamato al comma 4, lettera a), sentite le organizzazioni di rappresentanza delle associazioni di persone disabili e delle loro famiglie.

2. I piani di cui al comma 1 sono elaborati in conformità agli indirizzi previamente formulati dalla Giunta regionale con riguardo:

a) alla rimodulazione degli interventi programmati per l'anno 2020, per l'adattamento alle necessità imposte dall'emergenza epidemiologica quanto a forme e modalità di erogazione in condizioni di sicurezza e con la flessibilità necessaria a ottimizzare il pieno impiego delle risorse disponibili;

b) ai protocolli per assicurare il rispetto delle disposizioni per la prevenzione dal contagio e la tutela della salute delle persone con disabilità, delle loro famiglie e dei caregivers, nonché della salute degli operatori;

c) al flusso informativo verso la Regione circa l'attuazione dei piani, con segnalazione delle criticità emergenti, ai fini della tempestiva adozione degli eventuali provvedimenti di competenza.

3. Nei piani di cui al comma 1 trovano particolare valorizzazione, nei limiti delle possibilità consentite dall'emergenza in atto, i principi e le disposizioni del capo I del titolo II della legge regionale 12 dicembre 2019, n. 22 (Riorganizzazione dei livelli di assistenza, norme in materia di pianificazione e programmazione sanitaria e sociosanitaria e modifiche alla legge regionale 26/2015 e alla legge regionale 6/2006).

4. I contributi interessati dalla pianificazione straordinaria prevista dal presente articolo sono, in via diretta, quelli di cui:

a) all'articolo 14 bis della legge regionale 41/1996, in materia di Servizi di integrazione lavorativa (SIL);

b) all'articolo 15 della legge regionale 41/1996, in materia di sostegno ai servizi di trasporto;

c) all'articolo 20 della legge regionale 41/1996, in materia di centri socio-riabilitativi ed educativi diurni, soluzioni abitative protette alternative all'istituzionalizzazione, servizi realizzati nei contesti naturali di vita delle persone, che valorizzano le dimensioni della domiciliarità, servizi e interventi per l'assistenza alle persone con disabilità grave prive del sostegno familiare e centri residenziali per gravi e gravissimi;

d) all'articolo 10, comma 81, della legge regionale 30 dicembre 2008, n. 17 (Legge finanziaria 2009), in materia di fattorie sociali.

5. Allo scopo di non aggravare o ritardare i procedimenti di spesa, restano comunque valide le domande già presentate per l'ottenimento, per l'esercizio 2020, dei contributi richiamati al comma 4. Alla loro concessione la Direzione centrale competente procede per le finalità previste dal comma 1 e secondo le specifiche disposizioni normative di riferimento, con le seguenti deroghe e precisazioni:

a) per il contributo di cui al comma 4, lettera c), si prescinde dall'assolvimento del debito informativo in ordine ai flussi delle informazioni relative alle condizioni di vita delle persone con disabilità assistite e al sistema di offerta dei servizi previsto dalla norma di riferimento;

b) per il contributo di cui al comma 4, lettera d), non si applicano i criteri previsti dalla norma di riferimento e le risorse disponibili sono ripartite fra le Aziende sanitarie sulla base della popolazione di età compresa tra i 14 e i 65 anni residente nel territorio di competenza;

c) nella rendicontazione delle attività e degli interventi è data distinta evidenza all'ammontare delle spese interessate dalla pianificazione di cui al presente articolo.

6. Sino alla approvazione da parte della Giunta regionale dei piani territoriali di cui al comma 1, i soggetti ivi richiamati continuano ad attenersi alle direttive sanitarie e alle indicazioni operative impartite dall'Amministrazione regionale per il periodo di sospensione dell'attività dei servizi semiresidenziali con riguardo alla prestazione di interventi sostitutivi e compensativi in forma individuale domiciliare, a distanza o nei luoghi abituali, con sviluppo incrementale delle prestazioni rese, nell'ambito di quanto previsto dall'articolo 48 del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 (Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19), convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n.27.

7. Per la revisione degli accordi contrattuali in essere tra le amministrazioni pubbliche e i soggetti privati erogatori e per la remunerazione delle prestazioni convertite in altra forma secondo i criteri previsti dall'articolo 48 richiamato al comma 6, gli indirizzi regionali previsti al comma 2 indicano altresì le modalità d'applicazione cui potersi attenere.

8. Le disposizioni del comma 7 si applicano anche con riguardo all'attività ambulatoriale di riabilitazione funzionale ai sensi dell'articolo 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale).

9. Dall'attuazione del presente articolo non possono derivare maggiori oneri a carico del bilancio regionale. Le spese relative ai contributi richiamati al comma 4 continuano a gravare sulle pertinenti poste del bilancio regionale in conformità alle autorizzazioni di spesa disposte per le finalità ivi richiamate, come integrate dal comma 1. >>

La sera dello stesso giorno di approvazione da parte del Consiglio regionale di detta norma, il Governo licenziava il decreto legge “Rilancio” che, per quanto qui d’interesse, interviene non solo a modificare il sopra richiamato articolo 48 (all’articolo 109), ma a dettare anche nuove disposizioni (all’articolo 1) per il rafforzamento dell’offerta (sanitaria e) sociosanitaria territoriale mediante adozione, a livello regionale, di piani di <<potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale>>, con particolare riguardo ad attività di sorveglianza attiva a cura dei Dipartimenti di prevenzione in collaborazione con tutta la rete dei soggetti coinvolti⁶ e a misure di identificazione e gestione dei contatti finalizzate al monitoraggio costante e al tracciamento precoce dei casi di contagio e dei loro contatti, a fini di identificazione, isolamento e trattamento. Nello spirito della norma, le conseguenti misure di distanziamento sociale e di isolamento domiciliare determinano la necessità di implementare e indirizzare le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare.

Questi sono, in sintesi, la premessa e il quadro di riferimento entro il quale il presente atto interviene a dettare indirizzi per la riprogrammazione, riorganizzazione e gestione delle attività a favore delle persone con disabilità, nella consapevolezza dell’impegno che le condizioni date richiedono ai territori e, in particolare, alla loro capacità di attivare ogni possibile sinergia per il raggiungimento degli obiettivi, che si passa ad illustrare.

⁶ Il coinvolgimento è per i Medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici di continuità assistenziale nonché le Unità speciali di continuità assistenziale.

Gli obiettivi

Le nuove esigenze di tutela della salute pubblica generate dalla pandemia impongono che i servizi per la disabilità siano ripensati nella loro organizzazione e gestione alla luce della imprescindibile adozione di protocolli di sicurezza a prevenzione e contrasto del rischio di contagio che ancora permane e il cui orizzonte temporale, come pare verosimile, finirà con l'oltrepassare il periodo dell'emergenza in atto, al momento dichiarata sino al 31 luglio 2020.

In tale direzione, la pianificazione regionale introdotta dall'articolo 17 della legge regionale 9/2020 ha considerato la riprogrammazione delle attività con riguardo all'interessa dell'esercizio in corso, partendo dalla prospettiva attuativa orientata allo sviluppo incrementale della ripresa delle attività che, disposta dalla norma (comma 6) come criterio di operatività per la riattivazione dei servizi sino al momento dell'approvazione dei piani territoriali, non dissimilmente si presta a costituire riferimento anche per la fase stessa di attuazione dei piani, nella scontata considerazione del fatto che, trattandosi propriamente di un processo da governare nell'evolversi dell'andamento epidemiologico e delle limitazioni che esso pone, la riorganizzazione e gestione dei servizi non potrà che procedere in modalità di copertura progressiva dei bisogni verso l'ottimale cento per cento di tendenza.

Un primo obiettivo attiene al metodo della elaborazione dei piani e della loro successiva attuazione: occorre assumere un approccio aperto alla rimodulabilità e flessibilità delle attività, in stretta correlazione con l'andamento epidemiologico, in modo tale da essere pronti tanto all'evenienza della (progressiva lineare) normalizzazione quanto a quella di un aggravamento che richieda l'accentuazione delle misure di protezione, precisamente secondo i canoni di proporzionalità, adeguatezza e tempestività della risposta che devono contraddistinguere la fase di pieno riavvio.

Sul piano istituzionale, che coinvolge il profilo delle responsabilità, notevole importanza assume il raccordo e la collaborazione fra gli attori: le Aziende sanitarie sono state investite dal Legislatore regionale dell'incarico di assumere il ruolo di *dominus* nella elaborazione dei piani territoriali, per ragioni di stretta necessità competenziale (l'emergenza è di tipo sanitario), senza nulla togliere al coinvolgimento centrale e imprescindibile degli Enti gestori dei servizi per la disabilità, in particolare nell'attività di riprogettazione delle attività e di rimodulazione degli accordi contrattuali in caso di esternalizzazione dei servizi, o all'altrettanto ruolo centrale dei Servizi sociali dei Comuni, quanto alla parte di loro competenza, ricordando in particolare gli interventi di sostegno educativo a domicilio, in alternativa ai sostegni in semiresidenzialità.

L'obiettivo, che su questo piano viene in particolare considerazione, riguarda l'esercizio integrato delle diverse competenze e funzioni coinvolte, che devono convergere in uno sforzo di produzione unitaria del piano territoriale e della sua gestione. In ciò, un rafforzato ruolo devono assumere i Dipartimenti di prevenzione nell'accompagnamento e nel supporto alla ripresa delle attività, segnatamente anche in relazione alla chiamata nazionale per la cura dell'attività di "sorveglianza attiva" prevista dal decreto legge "Rilancio".

Quanto all'utenza, obiettivo primario da perseguire è quello di garantire a tutte le persone in carico la rivalutazione dei bisogni, secondo le indicazioni già date per il regime di sospensione dei servizi, e di procedere alla riprogettazione del piano personalizzato per l'elezione alla riammissione ai servizi nella

forma più adeguata al bisogno della persona (a distanza, a domicilio, nei luoghi abituali e quant'altro), prestando particolare attenzione alle situazioni caratterizzate da livelli di maggiore complessità.

Occorre che l'attenzione ai bisogni della persona tenga anche conto dell'eventualità del decadimento e della disabilitazione in cui potrebbe essere esitato il funzionamento della persona nel periodo di sospensione e di isolamento sociale, onde fare il possibile per ridare continuità ai progressi interrotti e recuperare quelli perduti nel percorso d'inclusione sociale della persona.

Guardando all'utenza e alle loro famiglie, un altro obiettivo andrebbe perseguito nel breve periodo: se l'orizzonte del periodo estivo porta con sé, in condizioni di normalità, la chiusura dei centri, l'eccezionalità del momento richiede invece l'impegno a garantire continuità alle attività in ripresa, per non aggiungere sospensione alla sospensione e isolamento sociale a quello già vissuto.

L'invito è pertanto a valutare le condizioni di operabilità e fattibilità sotto il profilo organizzativo e gestionale, non indugiano ad operare in continuità nel periodo della pausa estiva in presenza di difficoltà che siano sormontabili.

Un ultimo obiettivo, che potremmo definire "di chiusura" è quello previsto direttamente dalla norma dell'articolo 17, c. 2, lettera a), con riguardo alla rimodulazione degli interventi programmati per l'anno 2020: l'adattamento alle necessità imposte dall'emergenza va perseguito <<con la flessibilità necessaria a ottimizzare il pieno impiego delle risorse disponibili>>.

Il richiamo è destinato ad indirizzare sotto un duplice profilo la pianificazione territoriale: (a) le potenzialità di riconversione delle attività vanno esplorate ad ampio raggio, senza arresti dettati dall'ancoraggio ai modelli (che vanno innovati) e agli accordi in essere (che possono essere modificati) e (b) le risorse (non solo finanziarie ma umane e strumentali) costituiscono esse stesse oggetto di riconversione, dovendosi impiegarle laddove servono a soddisfare i bisogni delle persone.

Il contenuto dei piani

La pianificazione andrà curata dal gruppo di regia territoriale, costituito dai soggetti individuati dalla sopra richiamata disposizione di legge regionale, sulla base di una approfondita analisi del contesto, che rilevi lo stato dell'arte della rete dei servizi e dei bisogni, in via esemplificativa con riguardo: (a) all'assetto precedente alla pandemia; (b) alle azioni e agli interventi sin qui realizzati nel periodo di sospensione/transizione con ricorso alle forme alternative previste dalle disposizioni operative regionali che attraverso gli strumenti di cui all'articolo 48 del DL 18/2020; (c) alle eventuali azioni preparatorie messe in atto per la riapertura dei servizi semiresidenziali; (d) al complessivo stato di eventuale riprogrammazione dell'offerta in co-progettazione, di allestimento delle misure di sicurezza e approvvigionamento dei dispositivi; (e) alla forma e alle modalità del raccordo operativo dei soggetti istituzionali coinvolti; (f) alla costanza di informazione e di relazione con le famiglie; insomma, con riguardo a tutti gli aspetti ritenuti rilevanti a configurare la descrizione, secondo realtà, del punto di ripartenza dei servizi, in modo tale che risulti possibile valutare la congruenza/adequatezza della pianificazione con i bisogni del territorio, gli obiettivi da perseguire, le criticità da affrontare e le opportunità da valorizzare.

L'ambito oggettivo della pianificazione previsto dalla norma regionale di riferimento, se per esigenze di stretta riprogrammazione della spesa è individuato con richiamo alle attività finanziate con le linee ad hoc della contribuzione regionale, dal punto di vista del complesso dei servizi, delle prestazioni e degli interventi a favore delle persone con disabilità, esso si estende a tutte le tipologie di attività richiamate dall'articolo 9 del DPCM del 17 maggio 2020⁷, ivi comprese le attività ambulatoriali di riabilitazione funzionale ex art. 26 della legge 833/1978 e ivi comprese le attività a favore dei minori in carico alla neuropsichiatria infantile, ambiti che nella fase di sospensione sono già stati oggetto delle chiarificazioni dell'Amministrazione regionale quanto all'estensione della operatività delle indicazioni impartite.

Per espressa disposizione dell'articolo 17, nell'ambito oggettivo della pianificazione rientrano anche le attività dei Servizi per l'integrazione lavorativa, in linea peraltro con quanto previsto dalla disposizione nazionale che cita espressamente le attività a carattere socio-occupazionale tra le quali possono essere ricompresi gli interventi di riferimento⁸. Le cautele generali e le condizioni di svolgimento cui attenersi sono quelle richiamate dall'Ordinanza contingibile e urgente n. 14/PC del Presidente della Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia recante <<Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019>>⁹ che ha disposto la ripresa delle attività.

⁷ Vedi nota 4. Guardando al profilo della spesa, vengono pertanto in considerazione anche attività finanziate a carico del Fondo sanitario regionale.

⁸ Gli interventi sono quelli disciplinati dagli articoli 14bis e 14 ter della legge regionale 41/1996.

⁹ Il provvedimento ordina al punto <<25. che sia consentito l'esercizio degli stage e dei tirocini extracurricolari nel territorio regionale in modalità in presenza a condizione che vi sia un'organizzazione degli spazi da parte del soggetto ospitante tale da ridurre al massimo il rischio di prossimità e di aggregazione e che vengano adottate misure organizzative di prevenzione e protezione, contestualizzate al settore produttivo di riferimento e anche avuto riguardo alle specifiche esigenze delle persone con disabilità, di cui al "Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione" pubblicato dall'INAIL. Con riferimento ai tirocini extracurricolari, sono fatte salvi i contenuti dell'Accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano del 25 maggio 2017 sul documento

In tale ambito oggettivo, la pianificazione avrà cura di dettagliare le modalità alternative delle prestazioni e dei servizi che, pur nell'ampio spazio che si intende lasciare alla ideazione progettuale dei territori nell'ambito delle esigenze di flessibilità di cui s'è detto e nel perseguimento degli obiettivi sopra esplicitati, dovranno comunque poggiare sulla considerazione prioritaria della centralità della persona e della sua rete di cura, dovendosi adattare i servizi alla persona e non viceversa, secondo gli orientamenti accolti nel sistema regionale.

Per casi complessi e fragili, la ripresa degli inserimenti lavorativi per le persone con disabilità è valutata ed autorizzata dall'Azienda Sanitaria.

L'istituto della co-progettazione ben può sovvenire a dare il suo contributo di elaborazione in tale direzione, con il potenziale di diversificazione delle risposte che è in grado di consentire.

Così pure le elaborazioni già disponibili quanto, ad esempio, alle tipologie degli interventi a distanza, nel cui novero vanno ricompresi quelli considerati dalla Circolare del Ministero della salute del 23 aprile c.a. nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria.

L'accresciuta complessità che i servizi si trovano a gestire per garantire i livelli essenziali di assistenza va affrontata, a mente della rivalutazione dei bisogni e della personalizzazione e appropriatezza della risposta, tenendo conto delle caratteristiche dei contesti, delle modalità di accesso e raggiungimento dei luoghi, delle caratteristiche e aspettative della persona e della famiglia, della possibilità quindi di svolgere le attività anche in contesti e spazi diversi dai tipici luoghi di assistenza, quali ad esempio spazi all'aperto, fattorie sociali, altre sedi che possano essere a disposizione, diversificando orari e giornate sulla base dei bisogni della persona e delle possibilità organizzative.

Chiara e senza zone di scopertura o sovrapposizione dovrà essere l'integrazione delle prestazioni socio-educative di competenza dei Servizi sociali dei Comuni con quelle sociosanitarie di competenza degli Enti istituzionali gestori dei servizi per la disabilità e delle Aziende sanitarie quanto alla neuropsichiatria.

Nel ribadire la necessità di procedere nella elaborazione dei piani in via di stretta integrazione quanto agli apporti di tutti i soggetti coinvolti, se la parte di riprogrammazione e riprogettazione degli interventi vede la centralità della competenza dei diversi Enti, ciascuno con riguardo ai contenuti di competenza, prevalente risulta il ruolo delle Aziende sanitarie (con i loro Dipartimenti di prevenzione) sul versante della verifica e della condivisione dei protocolli per la sicurezza, da predisporre a cura di ciascun soggetto istituzionale gestore dei servizi nonché dei gestori erogatori privati in rapporto convenzionale con l'Amministrazione pubblica, con riguardo ai progetti di riorganizzazione congiuntamente elaborati per lo svolgimento dei servizi, l'erogazione delle prestazioni e la realizzazione degli interventi.

recante "linee guida in materia di tirocini formativi e di orientamento" ai sensi dell'articolo 1 commi da 34 e 36 della legge 28 giugno 2012, n. 92 e dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano del 22 gennaio 2015 riguardante "Linee guida per i tirocini di orientamento, formazione e inserimento/reinserimento finalizzati all'inclusione sociale, all'autonomia delle persone e alla riabilitazione", nonché le discipline regionali in materia di tirocini extracurricolari. L'avvio è ammesso in presenza dei consensi da parte del tirocinante o stagista, del soggetto ospitante e del soggetto promotore o ente formativo.>>

Per la elaborazione dei protocolli si rinvia alle indicazioni comuni e generali del sub allegato A1), le quali potranno essere oggetto di revisione o aggiornamento in relazione alle conoscenze sulle modalità del contagio e l'evoluzione dell'epidemia o al sopravvenire di nuove e diverse disposizioni nazionali e regionali, secondo quanto disposto dalla deliberazione di approvazione del presente atto.

Una importante annotazione va fatta con riguardo alla necessità che, nei piani, il graduale e progressivo incremento delle attività sia anche parallelamente accompagnato da una complementare attività di screening per l'accertamento della positività da COVID-19, rivolta prioritariamente agli operatori ed estesa alle persone con disabilità coinvolte. A questo scopo le Aziende sanitarie definiscono uno specifico programma per l'effettuazione dello screening diagnostico che dovrà essere validato dal Servizio di Prevenzione della Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità.

Inoltre, i piani indicheranno chiaramente quali siano i riferimenti all'interno delle Aziende Sanitarie per i singoli gestori dei servizi semiresidenziali, in particolare per quanto riguarda l'approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e la formazione sul corretto utilizzo di questi. In ogni caso deve essere garantito uno stretto raccordo tra i responsabili dei servizi semiresidenziali e i Distretti territorialmente competenti.

Un'ultima indicazione, di rilevanza centrale per la ripresa di qualsiasi attività semiresidenziale, attiene alla necessità di condividere un "patto di solidarietà" con le famiglie, che vanno fortemente coinvolte perché mantengano, nei rispettivi ambienti di vita e di relazione, comportamenti conformi all'obiettivo di salvaguardare la salute anche come bene comunitario di relazione.

A latere dei progetti personalizzati e in raccordo con i protocolli di sicurezza, andranno pertanto concordati ed esplicitati gli impegni delle famiglie a seguire le misure di protezione e gli accorgimenti necessari e funzionali all'obiettivo.

Da quanto sin qui detto e da quanto è dato evincere dalle disposizioni del più volte richiamato articolo 17, emerge anche una indicazione di tipo sistematico utile alla stesura dei piani che, in tal senso, potrebbero essere ripartiti in tre parti: (a) una prima parte introduttiva, con i contenuti sopra indicati; (b) la seconda parte, dedicata alla rimodulazione degli interventi programmati per il 2020 (rivalutazione, riprogettazione, modalità alternative, nuove tipologie, misure di sicurezza, patto di solidarietà con le famiglie); (c) una terza parte, recante specifiche quanto al sistema di monitoraggio adottato, con evidenza della ripartizione delle responsabilità di implementazione del flusso informativo, per gli adempimenti nei confronti della Regione sull'attuazione dei piani, previsto al comma 5, lettera c) dell'articolo 17, di cui si tratta nel paragrafo che segue.

I piani territoriali, una volta predisposti, sono trasmessi a fini istruttori alla Direzione centrale competente in materia di salute e disabilità, per la successiva presentazione alla Giunta regionale che li approva, secondo le previsioni della citata norma di legge.

Si ricorda, infine, che il termine ultimo previsto per la trasmissione dei piani ai fini della loro approvazione è stabilito al 30 giugno 2020.

Monitoraggio sull'attuazione dei piani e flusso informativo

La disposizione dell'articolo 17, comma 5, lettera c), della legge regionale 9/2020, presidia l'esigenza della Regione di essere costantemente e adeguatamente informata circa gli sviluppi attuativi dei piani territoriali, ivi comprese le eventuali criticità emergenti, in modo tale da poter adempiere sino in fondo al suo ruolo di regolazione e indirizzo del sistema, intervenendo, se del caso, con le indicazioni necessarie a supportare il raggiungimento degli obiettivi assunti o con le modifiche che si rendessero necessarie in relazione all'evoluzione dell'emergenza.

Assumendo l'ipotetica ripartizione dei piani nelle tre parti individuate al paragrafo precedente, le informative periodiche verso la Regione, da effettuarsi con cadenza mensile o più ravvicinata all'occorrenza di ragioni di urgenza, riguarderanno le informazioni e i dati afferenti alla seconda parte, relativamente:

- alla riorganizzazione dei servizi e alla rimodulazione degli interventi, sotto il profilo sia quantitativo che qualitativo del loro funzionamento con riguardo all'utenza servita, in particolare a dimostrazione del progressivo incremento della copertura dei bisogni verso il cento per cento di tendenza;
- al rispetto e al funzionamento dei protocolli in uso, con riguardo alla loro capacità di corrispondere appieno alle esigenze di tutela della salute degli utenti, dei caregivers coinvolti e degli operatori nonché alla loro efficacia nel consentire l'individuazione dei casi di contagio e il tracciamento dei contatti, a fini dell'attivazione del necessario percorso di isolamento e trattamento.

Restano, infine, affidate alla cura della Direzione centrale competente le eventuali specifiche, anche solo di raccordo con i flussi informativi già in essere, che si valutassero necessarie per la piena ed efficiente operatività del flusso informativo sull'attuazione dei piani territoriali.

Sub Allegato A1) - Protocolli di sicurezza

1- Valutazione e predisposizione dei centri e dei locali adibiti all'attività

Le misure di sicurezza interessano:

- a) Il dimensionamento e la congruità degli spazi indoor e out door in relazione al numero di operatori, utenti e familiari.

Predisporre e/o adibire locali interni separati e dedicati a singoli utenti; per l'utilizzo di spazi comuni deve essere garantito il rispetto del distanziamento sociale previsto dalle disposizioni vigenti.

Si consiglia l'utilizzo di locali collettivi con piccoli gruppi di utenti e l'adozione per tale scopo di eventuali barriere divisorie anche mobili.

Il distanziamento sociale previsto dalle vigenti disposizioni va aumentato - soprattutto negli spazi chiusi - nel caso vi siano utenti che non tollerino la mascherina facciale.

Definire ed identificare le postazioni esterne sede di attività ed accoglienza.

Predisporre percorsi interni ed esterni per gestire gli spostamenti assicurando il distanziamento sociale e per evitare rischi di promiscuità e contatti.

Predisporre un'apposita segnaletica informativa e cartellonistica.

- b) La pulizia dei locali e la sanificazione degli ambienti prima della riapertura del servizio.

Prevedere anche con il ricorso a ditte specializzate la sanificazione di tutti i locali, le superfici, le attrezzature ed i presidi utilizzati dal centro - struttura per lo svolgimento del servizio.

- c) Le modalità per la quotidiana pulizia e sanificazione di ambienti, superfici, attrezzature di frequente utilizzo dopo la riapertura del centro - struttura con prodotti a base cloro o alcool.

Va effettuata anche più volte al giorno al termine degli interventi, dopo l'utilizzo di attrezzi e presidi, all'uscita di una stanza - locale da parte dell'utente che ha concluso una specifica attività. Particolare attenzione va rivolta alle superfici sottoposte a frequenti e promiscui contatti.

Si raccomanda di utilizzare per la pulizia acqua e normali detergenti e successivamente alcool etilico al 75% e/o una soluzione di ipoclorito di sodio diluita allo 0,1% (0,5% solo per i servizi igienici), arieggiando gli ambienti sia durante che dopo l'utilizzo di tali prodotti.

A tale scopo va predisposto ed aggiornato il piano di lavoro quotidiano, settimanale e mensile delle pulizie e della sanificazione degli spazi in relazione al livello di rischio, alla frequenza degli interventi per singolo locale - area nonché ai prodotti e materiali utilizzati.

I servizi igienici vanno puliti e sanificati dopo ogni utilizzo.

Predisporre ed identificare le postazioni con la soluzione idroalcolica, guanti monouso e mascherine chirurgiche e le postazioni per la raccolta dei rifiuti (fazzoletti di carta, guanti, ecc..).

- d) L'aerazione dei locali

Va effettuata più volte al giorno, all'inizio e alla fine di una seduta con un utente all'interno di una stanza-locale dedicato allo svolgimento di attività. Gli spazi comuni devono essere arieggiati più volte al giorno.

Il ricambio dell'aria va effettuato con minor o maggior frequenza tenendo conto del numero delle persone presenti nella stanza, del tipo di attività svolta e della durata della permanenza. Durante il ricambio naturale dell'aria è opportuno evitare la creazione di condizioni di disagio / discomfort (correnti, freddo/caldo eccessivo).

Prima della ripresa del servizio, va verificato e certificato da ditte/ tecnici qualificati il corretto funzionamento dell'impianto di condizionamento e/o di ricircolo dell'aria con particolare attenzione alla sostituzione periodica dei filtri.

e) Gli interventi per verificare le condizioni di salute degli utenti e le procedure da attivare se si presenta un caso sospetto

Per tutti gli assistiti che riprendono l'attività nei servizi in essere prima della sospensione per l'epidemia da virus SARS COVID-2 si dovrà provvedere ad acquisire idonea autocertificazione da parte dei rappresentanti legali e/o genitori su assenza di sintomi che possano far sospettare una infezione (alterazione dell'olfatto e del gusto, febbre, difficoltà respiratorie, tosse, congiuntivite, vomito, diarrea, inappetenza).

Eventuali modifiche delle condizioni di salute della persona presa in carico vanno immediatamente comunicati dai familiari / rappresentante legale al soggetto gestore che prenderà i provvedimenti del caso tra cui la sospensione temporanea delle prestazioni erogate in attesa di una valutazione clinica da parte del medico di medicina generale.

Analogamente, nel caso di insorgenza di sintomi in un utente durante l'attività, vengono immediatamente contattati i rappresentanti legali e/o genitori per il rientro a domicilio e per la valutazione e sorveglianza sanitaria del caso.

Per i nuovi utenti ovvero non conosciuti dalla rete dei servizi socio-sanitari, la presa in carico e l'inserimento nei progetti di vita individuali sono vincolati all'effettuazione dei test di screening diagnostici.

L'operatore che manifesti sintomi durante la permanenza informa tempestivamente il referente del servizio per gli opportuni provvedimenti, sospende l'attività ponendosi in isolamento e contatta il proprio Medico di Medicina Generale (MMG) per l'eventuale attivazione della sorveglianza sanitaria.

La prosecuzione o meno delle attività e le relative modalità sono definite dalle competenti autorità sanitarie.

L'effettuazione dei test di screening diagnostici su utenti, familiari ed operatori viene definita e programmata dall'Azienda Sanitaria come indicato nei rispettivi piani territoriali.

f) Il fabbisogno, l'approvvigionamento e il corretto utilizzo dei DPI

Vanno definiti il fabbisogno e le modalità di fornitura/approvvigionamento dei dispositivi individuali di protezione (DPI) nonché una procedura per la consegna urgente nel caso che un ente gestore rimanga sprovvisto di DPI.

Sono fornite e condivise le indicazioni sul corretto utilizzo dei DPI e gli operatori sono formati.

2 - Frequenza dei Centri da parte degli utenti e modalità di riapertura

Le misure di sicurezza interessano:

a) L'informazione e il rispetto delle misure igieniche sanitarie generali a tutte le persone

Praticare frequentemente l'igiene delle mani con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi o con soluzioni/gel a base alcolica e in tutti i momenti raccomandati (prima e dopo il contatto interpersonale, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo il contatto con le superfici);

Evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;

Tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;

Evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori;

Indossare la mascherina ed eseguire l'igiene delle mani prima di indossarla e dopo averla rimossa ed eliminata;

Praticare un'accurata igiene degli ambienti e delle superfici con particolare attenzione a quelle che più frequentemente vengono toccate o manipolate o sulle quali possono depositarsi goccioline prodotte con il respiro, il parlato o colpi di tosse e starnuti (vedi 1c);

Aerare frequentemente i locali e privilegiare le attività all'aria aperta evitando i luoghi chiusi e affollati (vedi 1d);

In caso di febbre e/o sintomi respiratori e/o gastrointestinali, interrompere la frequenza al centro diurno e contattare il proprio medico curante (vedi 1e; 2e).

b) La flessibilità oraria e/o giornaliera nell'accoglienza ed accesso degli utenti

Per la ripresa dell'attività, si possono prevedere orari individuali e personalizzati di accesso nonché la frequenza del centro da parte degli utenti in turni diversi (mattina o pomeriggio) o a giorni alterni.

Tuttavia va garantita attraverso un programma graduale la presa in carico continuativa a tutti gli utenti anche mediante lo sviluppo di interventi alternativi.

c) La riprogrammazione delle modalità di erogazione delle prestazioni con possibilità di accessi domiciliari da parte di operatori del centro / struttura o lo svolgimento dell'attività in altri luoghi e sedi.

Sono definiti i programmi e le modalità per effettuare in sicurezza gli interventi alternativi con particolare attenzione alle misure di sicurezza da adottare nel caso di accessi domiciliari (distanziamento sociale, uso di DPI incluso le precauzioni aggiuntive nel caso di attività che prevedono la vicinanza e il contatto con l'utente).

d) La costituzione di team (operatori) dedicati presso il centro e di team (operatori) dedicati per l'assistenza domiciliare o altri interventi alternativi

Sono qui inclusi gli interventi organizzativi finalizzati a mantenere gruppi di lavoro stabili e a ridurre il numero di contatti.

e) Le misure e i comportamenti da adottare nel caso un ospite manifesti sintomi influenzali (febbre, tosse, ecc..) durante la permanenza nel centro.

L'organizzazione prima della ripresa del servizio predispone le procedure da adottare nel caso si manifesti un caso dubbio di COVID -19 (vedi punto 1e). Tutti gli operatori conoscono le procedure e sono informati sui comportamenti da adottare (isolamento, adozione DPI con precauzioni aggiuntive, attivazione sanitari, trasporto a casa in sicurezza dell'ospite, avvio della sorveglianza sanitaria).

3 Modalità di trasporto

Le misure di sicurezza interessano:

a) Le indicazioni sul distanziamento sociale in relazione alle dimensioni del mezzo e al numero di utenti ovvero modalità organizzative per diversificare gli orari di entrata e di uscita.

In base alle modalità di trasporto adottate (individuale o con più utenti nello stesso mezzo) sono codificate le indicazioni sul distanziamento sociale tra utente ed utente nel rispetto della normativa vigente (ad esempio si può prevedere un posto occupato ed uno libero sia in orizzontale che in verticale a seconda del mezzo utilizzato).

Si raccomanda di aumentare il distanziamento sociale qualora vi siano utenti che non tollerano la mascherina facciale.

b) L'utilizzo di appropriati dispositivi di protezione individuale

Durante il trasporto utenti, autista ed educatore utilizzano la mascherina per la protezione delle vie aeree. Se l'utente non tollera il dispositivo è preferibile il trasporto individuale o aumentare il distanziamento sociale all'interno del mezzo.

- c) La pulizia e sanificazione quotidiana dei mezzi di trasporto
Il mezzo va pulito e sanificato con prodotti a base di alcool o cloro dopo ogni trasporto sia esso utilizzato per trasporti individuali che per due o più utenti.
- d) La valutazione delle condizioni di salute dell'ospite prima di salire sul mezzo di trasporto.
Fatto salvo quanto precisato dal punto 1e) è facoltà del singolo ente gestore definire ulteriori controlli preventivi per autorizzare la salita dell'ospite sul mezzo ed indicare le eventuali modalità adottate (ad es: autocertificazione su assenza di segni e sintomi quali febbre, tosse; utilizzo di termoscanner per la rilevazione della temperatura corporea: se $TC > 37,5^\circ$ l'accesso non sarà consentito, altre misure).
- e) Eventuali e diverse modalità di trasporto che riducono i contatti (ad esempio utente trasportato dal familiare o dallo stesso operatore che lo prende in carico).
L'organizzazione dei trasporti può prevedere il coinvolgimento dei familiari, di volontari ed operatori per ridurre i trasporti collettivi e il contatto con più persone ed utenti.

4 - Ingresso degli ospiti nella struttura

Le misure di sicurezza interessano:

- a) La predisposizione di un unico punto di accesso per l'ingresso nel centro-in struttura per operatori, utenti e familiari.
Il punto di accesso è dotato di apposita segnaletica identificativa, di soluzione idro-alcolica per l'igiene delle mani, guanti monouso, mascherine facciali, affissione di locandine con l'indicazione delle misure igieniche di base.
La presenza di eventuali altri accessi sono interdetti per l'ingresso in struttura con apposita segnaletica (divieto di accesso) e sono utilizzati solo per l'uscita in caso di emergenza.
- b) Il controllo delle condizioni di salute e del rispetto delle misure di sicurezza alle persone che accedono nella struttura
Fatto salvo quanto precisato dal il punto 1e) e 3d) è facoltà del singolo ente gestore predisporre ulteriori modalità per il controllo sanitario delle persone che accedono al servizio come la rilevazione della temperatura corporea e/o acquisizione di dichiarazione sostitutiva dell'utente - familiari di assenza di sintomi suggestivi di COVID-19.
L'ingresso e la mobilità in struttura vanno limitate il più possibile.
Si consiglia di tenere l'ingresso sorvegliato da un operatore - portineria o prevedere modalità di accesso con campanelli e sistemi di chiamata.
I fornitori consegnano beni e materiali all'esterno del centro. Eventuali ingressi di altro personale (ad esempio per lavori di manutenzione) sono svolti negli orari in assenza di attività o previa autorizzazione della direzione dell'ente che verifica le condizioni di sicurezza come ad esempio l'utilizzo dei DPI, la gestione dei flussi e dei percorsi, i contatti.
Sono previste le indicazioni e le casistiche per l'effettuazione dei test di screening diagnostici ad operatori, utenti, familiari.

5 - Permanenza all'interno della struttura

Le misure di sicurezza interessano:

a) Le indicazioni sul distanziamento sociale e sulle misure di sicurezza in relazione alla dimensione degli spazi, al numero di utenti ed operatori e alla tipologia dell'attività.

Come indicato al punto 1a) il progetto di riorganizzazione del servizio declina ed individua per ogni locale-spazio:

- le dimensioni della stanza;
- gli orari di utilizzo e l'attività svolta;
- l'utilizzo individuale o collettivo (in questo ultimo caso indicare il numero massimo di utenti che possono svolgere la medesima attività nel rispetto delle misure di sicurezza);
- il numero di operatori coinvolti nell'attività

Gli operatori devono utilizzare, durante tutto il servizio, mascherine chirurgiche in quanto le stesse assorbono le esalazioni ed impediscono la diffusione del COVID-19. Nelle attività che prevedono un contatto ravvicinato ovvero per attività a rischio biologico, quali ad esempio assistenza diretta all'assunzione del pasto, igiene personale e attività di lungo contatto, i DPI standard (mascherina e guanti) vanno integrati con visiera personale del singolo operatore, la quale va sanificata dopo ogni utilizzo.

b) Le modalità con cui effettuare le attività di animazione e socio-educative nel rispetto della distanza di sicurezza

Oltre alle indicazioni esemplificative di cui al punto 5a) svolgere preferibilmente attività che riducono i contatti, in spazi out-door, che rispettino il distanziamento sociale con particolare attenzione agli interventi svolti con due o più utenti.

c) Le modalità per effettuare in sicurezza la somministrazione del vitto

Sono da preferire la somministrazione dei pasti veicolati e personalizzati al fine di evitare manipolazioni da parte di altri operatori.

La fruizione dei pasti, se avviene in un luogo collettivo deve avvenire nel rispetto del distanziamento sociale previsto dalle vigenti normative. Gli operatori che aiutano l'ospite ad assumere il pasto indossano i medesimi dispositivi individuali previsti per le attività svolte vicino e con il contatto con l'utente.

6 - Altre disposizioni

Le misure di sicurezza interessano:

a) I programmi di informazione formazione agli operatori sulla prevenzione e il contrasto dell'epidemia da SARS COV-2 con particolare attenzione sulle corrette modalità di utilizzo dei DPI nonché le indicazioni sulla sorveglianza sanitaria da parte dell'Azienda Sanitaria territorialmente competente. Viene definito un programma di formazione ed aggiornamento periodico destinato a tutti gli operatori che operano nell'area della disabilità anche con la fruizione di corsi on line disponibili su siti istituzionali. L'Azienda Sanitaria definisce nei piani territoriali le casistiche e le modalità per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria tra cui la possibilità di effettuare test di screening diagnostici su una struttura - centro o su una popolazione campione (operatori ed utenti) anche in collaborazione con i medici competenti degli enti gestori.

b) L'aggiornamento (da parte del soggetto gestore) del Documento di Valutazione dei Rischi contenente le procedure per la riduzione del rischio da COVID - 19

I protocolli di sicurezza COVID-19 approvati dall'Azienda Sanitaria diventano parte integrante del Documento di Valutazione dei Rischi già in essere dei singoli soggetti gestori.

I soggetti gestori pubblici e privati convenzionati adeguano il DUVRI inserendo i protocolli e le procedure di sicurezza per la prevenzione e il contrasto all'epidemia da COVID-19.

In relazione alla gestione della sicurezza alimentare, ad integrazione di quanto già in essere nel Manuale di autocontrollo, si fa riferimento agli standard previsti dai rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità. I soggetti gestori pubblici e privati convenzionati assicurano direttamente una periodica attività di valutazione sul rispetto delle misure di sicurezza definite ed adottate.

c) L'individuazione dei referenti per la valutazione, gestione e monitoraggio della ripresa dei servizi nell'area della disabilità.

Ogni soggetto definisce il ruolo dei propri referenti nonché i meccanismi di integrazione tra i medesimi. I principali compiti a titolo esemplificativo sono il coordinamento degli interventi, la gestione del flusso informativo, i rapporti con Enti e Strutture di riferimento (Dipartimento di Prevenzione, Distretti e Aziende Sanitarie), pianificazione e monitoraggio delle soluzioni organizzative appropriate e sostenibili, verifica delle misure igienico-sanitarie, confronto costante con le rappresentanze sindacali aziendali, il R.L.S., e le altre figure della sicurezza aziendale).

Atti e documenti di riferimento

- Ordinanza contingibile e urgente n. 14/PC del Presidente della Regione Friuli Venezia Giulia, 17 maggio 2020, *“Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19”*;
- D.P.C.M. del 17 maggio 2020, *“Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19”*;
- D.G.R. del Friuli Venezia Giulia, n. 654 del 05 maggio 2020, *“Linee guida per la ripresa delle attività lavorative in sicurezza sul territorio regionale a seguito dell'emergenza epidemiologica da Covid- 19”*;
- Ordinanza del Ministero della Salute, del 26 aprile 2020, *“Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”*;
- Circolare del Ministero della Salute 23 aprile 2020, *“COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza”*;
- I.S.S., 17 aprile, *“Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie”*;
- I.N.A.I.L., aprile 2020, *“Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione”*;
- I.N.A.I.L., ISS, Cespag, aprile 2020, *“Coronavirus Guida pratica per chi si prende cura degli anziani”*;
- Politecnico di Torino, aprile 2020, *“Imprese aperte lavoratori protetti”*;
- I.S.S., 29 marzo 2020, *“Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2”*;
- I.S.S., 28 marzo 2020, *“Indicazioni ad interim per un utilizzo reazionale delle protezioni per infezioni da SARS COV - 2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da Covid 19) nell'attuale scenario emergenziale”*;
- Regione Friuli Venezia-Giulia, marzo 2020, *“Prevenzione e gestione infezione Covid-19: indicazioni operative per le residenze sociosanitarie per anziani”*;
- Aprire Network, marzo 2020, *“Emergenza Covid-19 prevenzione e gestione nelle residenze sociosanitarie per anziani”*.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE