

**COMITATO LIBERI
GESTORI SOCIO SANITARI**

comitaliberigestoriss@gmail.com

Ai Presidente Regione Puglia
Dott. Michele Emiliano
Al Direttore di Dipartimento
Vito Montanaro
Al Dottor Giovanni Campobasso
Alla Dottoressa Memeo
Ai componenti la Terza Commissione Regionale

E p.c. Ai Prefetti Regione Puglia
Alle ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA
Ai Direttori Generali delle ASL
Ai Direttori Sanitari delle ASL
All'ANCI Puglia
Agli Ambiti territoriali
Al Direttore Ares Puglia
Al Dirigente del Servizio Protezione Civile
della Regione Puglia

OGGETTO: Misure per la prevenzione, il contrasto e il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 – Strutture residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari – Ripresa attività – DISPOSIZIONE del 2 maggio u.s. - Riscontro

Innanzitutto siamo a ringraziarVi per l'impegno che soprattutto in questi ultimi mesi state svolgendo per porre in essere ogni azione tesa al contrasto e al contenimento dell'emergenza epidemiologica da Covid 19 a favore di tutta la popolazione pugliese.

Con la presente, le sottoscritte strutture residenziali e non residenziali, intendono segnalare le criticità emerse da una veloce lettura delle vostre ultime misure per la prevenzione di cui all'oggetto fattaci pervenire, e non a tutti, per il tramite delle Asl di riferimento rispettivo. Una nota che dovrebbe essere già operativa dal 4 maggio u.s.

Nello specifico ci coglie l'obbligo innanzitutto evidenziare che i R.R. 4 e 5/2019 impongono ai centri semiresidenziali e a quelli residenziali determinati requisiti strutturali tecnologici ed organizzativi e ne dettano espressamente i compiti rispettivi a svolgersi.

Inutile ricordare che i Centro diurno e le RSA sono strutture che assicurano assistenza alla persona con interventi di tipo assistenziale e socio riabilitativo.

I predetti Regolamenti Regionali, già di per sé, stravolgono il precedente (n. 4 del 2007) introducendo tra i requisiti minimi organizzativi dei Centri e delle RSA la figura di un Responsabile sanitario da affidarsi ad un medico specialista (già di per sé difficilissimo da reperire nel mercato privato) che deve garantire, ad esempio nei Centri, la propria presenza per 4h settimanali, ed un altro medico specialista per altre 4h settimanali (senza che si possa comprendere la distinzione fra le due figure in cosa consista).

Tale organizzazione era la base essenziale ai fini dell'accreditamento delle strutture e del riconoscimento di una più idonea tariffa di rimborso poiché, chiaramente, tale novazione organizzativa aggrava di costi i centri diurni (già notevolmente affaticati con la attuale tariffa molto risalente nel tempo).

Alla luce di tali regolamenti tutte le strutture, inserite nell'atto ricognitivo regionale del 25.11.2019, sono state chiamate a sottoscrivere un impegno contrattuale a riconvertire in tal senso la propria organizzazione

a fronte di un “promesso” accreditamento che si sarebbe dovuto concretizzare nell’arco dei 60 gg successivi all’8 febbraio 2020 - data di completamento della procedura preliminare.

Dopo di che, purtroppo, si è insinuata nelle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, l’epidemia che ha portato anche a decessi, sia nelle strutture sanitarie pubbliche che in quelle private.

Da quel momento, abbiamo assistito ad una serie di deliberati giunti da parte di Codesto Dipartimento della Salute della Regione Puglia che hanno realizzato il fenomeno dello “scarica barile” attribuendo compiti, ruoli e imponendo l’adozione di organizzazioni interne soprattutto ai centri residenziali.

A tutt’oggi, quindi, assistiamo ad uno stravolgimento del ruolo delle RSA con aggravio di competenze. Per i Centri diurni, viene invece affibbiata ai gestori una nuova responsabilità con la delibera datata 02.05.2020 che prevede la possibilità di riapertura dei centri diurni come se, all’improvviso, fosse estinto il rischio di contagio da Covid 19: si impongono regole di riapertura assolutamente insufficienti a garantire, per come impostate, l’esclusione dei contagi stessi.

In particolare siamo ad evidenziare quanto segue:

CENTRI DIURNI

Invero, la delibera in parola concede due tipologie di opzioni di riapertura:

- 1) “apertura del centro con utenti distribuiti su due turni giornalieri”;
- 2) “apertura del centro in unico turno con utenza ridotta”.

In entrambi i casi, comunque, si dispone di “...concentrarsi sul far rispettare le seguenti misure **agli utenti**:

- *utilizzo della mascherina chirurgica preferibilmente con elastici;*
- *evitare strette di mano, baci e abbracci,*
- *igiene delle mani in particolare dopo l’utilizzo del bagno e prima di mangiare: lavaggio con acqua e sapone e asciugatura con salviette monouso o frizione con soluzione idroalcolica;*
- *igiene respiratoria: tossire e starnutire coprendo naso e bocca usando fazzoletti o nella piega del gomito; i fazzoletti dovrebbero essere preferibilmente di carta e smaltiti in pattumiera chiusa;*
- *mantenersi a distanza di almeno 1 mt”.*

Da qui sorgono tutta una serie di considerazioni critiche, poiché, le misure, come testé indicate, risultano pressoché irrealizzabili e pertanto impossibile escludere il rischio contagio, con responsabilità enormi ad esclusivo carico dei gestori privati delle strutture, siano esse contrattualizzate **e non**.

Invero, ancorché vi sia la previsione che l’attività educativa e riabilitativa venga svolta a favore di piccoli gruppi di utenti o anche individualmente, il **rapporto di distanziamento non può essere garantito** nella considerazione della tipologia degli utenti che tali centri diurni ospitano (immaginiamo una OSS che aiuta un disabile in bagno: è inevitabile la esclusione del distanziamento; non solo, come può un soggetto con paresi spastica o con disabilità mentale decidere di utilizzare un fazzoletto di carta mentre starnutisce? O di porre il gomito a protezione? Ancora... come può un operatore prevedere tale evento sostituendosi all’utente nell’adozione delle pratiche igieniche indicate? Come è possibile rispettare il distanziamento sociale? Nel caso di un soggetto autistico in preda ad una crisi come può garantirsi per questi l’esclusione di un avvicinamento di un operatore, che anzi è obbligato a farlo?

Altro problema si individua nel **trasporto sociale**: in un pullmino di 9 posti, al fine di mantenere il distanziamento di almeno 1 mt, bisogna calcolare non più di due utenti per viaggio tenuto conto di un autista e di un accompagnatore. L’aggravio dei costi e dei tempi per raggiungere il gruppo di utenti in un solo giorno è elevatissimo e, nel contempo, è impossibile garantire il distanziamento poiché l’accompagnatore ha essenzialmente la funzione di intervenire nel caso in cui sorgesse un problema fisico a carico dell’utente (disabile, autistico, spastico, alzheimer).

Peraltro vi è da segnalare che il centro diurno - in forza dell’ex art. 60 RR4/2007, può assicurare il servizio di trasporto sociale, previo accordo specifico con l’ambito e con la Asl”, (nonché in forza dell’art. 46 della L.R. 4/2010, che ne prevede espressamente obbligo a carico Asl e Ambiti). Con ciò si è voluto sancire che il centro diurno privato non ha obbligo di assicurare tale servizio. Di contro, gli unici soggetti obbligati sono le Asl e gli ambiti territoriali ed essi, in assenza del servizio diretto, devono espressamente e specificatamente concordare con il centro diurno i costi da rimborsare e giammai tale onere finanziario deve essere a carico dello stesso centro.

E poi c'è la **mensa**; le disposizioni dei regolamenti predetti prevedono angolo cottura; ciò significa che gli spazi possono essere limitatissimi da non consentire la possibilità del distanziamento. Non solo, la preparazione in sede dei pasti già di per sé prevede il rispetto di alcune norme previste in determinati manuali redatti da specifici consulenti: tali manuali andrebbero tutti rivisti in funzione dei rischi dell'epidemia, facendo iscrivere dai medesimi consulenti nuove procedure operative e ciò di per sé implica notevoli costi e rischi sul distanziamento.

Non bastasse, la Regione ha previsto - sempre nelle predette disposizioni del 2 maggio - la **disinfezione dei centri** tre volte al giorno e tutta un'altra serie di regole relative alla sanificazione degli ambienti con modalità previste dalle circolari vigenti chiaramente più dispendiose ed onerose anche in termini di addetti a tali procedure.

Ancora, ha previsto **interventi programmati di psico-educazione ed educazione sanitaria permanente** "uso di strumenti ed adozione di comportamenti per la prevenzione della diffusione del contagio da COVID 19": quindi con introduzione di una figura professionale idonea a tal fine e con competenze specifiche (poiché non attribuisce espressamente tale ruolo all'educatore professionale).

Per tutte le ragioni sopra esposte **riteniamo il provvedimento, così come articolato, pressoché irrealizzabile** se non con determinati accorgimenti ed organizzazioni straordinarie rispetto alle indicazioni dei predetti regolamenti regionali che, già per loro natura, implicano costi di gran lunga superiori a quella che è la tariffa di rimborso, peraltro non ancora aggiornata.

RSA

Altro capitolo importante da sottoporre all'attenzione di codesto Dipartimento Salute della Regione Puglia, riguarda la situazione delle **RSA**

Le RSA (e comunque tutte le strutture residenziali compreso l'art. 67) non sono in grado di gestire un paziente COVID positivo. Spesso parliamo di piccole strutture (20/30 p.l.) che hanno difficoltà già nel destinare una **stanza singola** per porre immediatamente in isolamento un sospetto Covid, figuriamoci a gestire un paziente che risulti positivo.

Se il **tampone** dovesse risultare positivo, questi non può rimanere in struttura e **DEVE** essere immediatamente trasferito in struttura adeguata (ospedale o residenza per COVID positivi e comunque in altro luogo che deciderà la Regione).

La permanenza in RSA di un paziente positivo per lungo tempo non è realizzabile per l'impossibilità di garantire delle zone perfettamente isolate dal resto della struttura e per la fragilità dei residenti nella medesima struttura. E a dimostrazione della necessità di una separazione completa tra **soggetti COVID e no COVID**, si evidenzia che anche gli ospedali sono stati divisi in COVID o no COVID. (cfr. pag. 14 "indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie" versione del 17/4/2020). Non si comprende perché ciò non debba avvenire per le strutture residenziali.

Riteniamo sia necessario che il tampone, in caso di sospetto COVID, deve essere eseguito in tempi brevi ed anche il risultato debba ottenersi in tempi brevi, in modo tale da ridurre il più possibile i tempi di stazionamento del paziente COVID positivo in struttura. A tal fine registriamo la necessità che il Dipartimento di prevenzione deve aiutare le RSA a definire i percorsi da intraprendere per i "contatti stretti" di COVID positivo della RSA ed altri residenti e dipendenti. E comunque abbiamo la necessità, che ci vengano indicati chiaramente i contatti di riferimento. Ancora oggi non abbiamo ricevuto alcuna comunicazione su un referente da contattare in caso di urgenza.

Le RSA devono avere un **Medico Referente del Dipartimento di Prevenzione**. Questi deve essere facilmente contattabile in modo tale da avere risposte immediate in caso di problematiche organizzative in presenza di COVID/sospetto COVID

Abbiamo poi la necessità di comprendere, per i nuovi ricoveri, **chi deve fare e dove** deve essere effettuato il tampone richiesto all'ingresso e dopo i 14 gg dal periodo di isolamento? (cfr. Disposizione regionale 2020.04.02.1036; Allegato 1 pag 8)

Riteniamo poi indispensabile che la Regione debba **fornire i DPI**, o accollarsi le spese, utilizzati per i periodi di eventuale isolamento per COVID/sospetto COVID. Si consideri che, necessitano non meno di tre interventi al giorno per paziente, con almeno un infermiere ed un OSS. I costi delle tute monouso vi sono noti per averLe

quantificate alla Protezione Civile. Per un paziente ci vogliono non meno di 250 € al giorno: **è un costo che non possiamo accollarci e che non ci spetta e non possiamo neanche anticipare!!**

E a proposito di DPI della Protezione Civile, la confusione regna sovrana. Voi ci avete comunicato, con nota del 24 aprile, che dovevamo rivolgerci alla Protezione Civile Regionale; il dirigente della Protezione Civile – dott. L’Erario – con nota del 27 ha comunicato che tocca alle ASL. Le ASL da noi contattate ancora non hanno definito, e/o comunque nessuno ce le ha comunicate, le procedure per il ritiro dei dispositivi.

Pertanto, volendo essere propositivi e non semplicemente oppositivi, al fine di contemperare le esigenze di riapertura graduale dei centri e mitigare per quanto possibile le responsabilità dei gestori, mettendoli nelle condizioni anche finanziarie e gestionali di poter svolgere nel miglior modo possibile tale fase emergenziale, si propone di adottare un **UNICO PROGETTO** valevole per tutti i centri, alle modalità e condizioni di seguito riportate.

I gestori ritengono che l’unica opzione perseguibile sia la seconda citata nella delibera **‘apertura del centro in unico turno con utenza ridotta’**, adattandola però ad una nuova forma “mista e fissa” per tutti gli utenti in carico a ciascuna struttura, tale che possa contemperare le esigenze di riapertura graduale.

In particolare, si propone una forma mista tra frequentazione fisica del centro diurno e lavoro a distanza: di tale forma mista, la parte relativa alla frequentazione fisica del centro dovrebbe riguardare soltanto gli utenti più ‘fragili’ (componendoli in gruppi da 3/5 utenti per un massimo di 3 gruppi giornalieri).

La frequentazione del centro da parte di tali utenti – da identificarsi di concerto con ASL e famiglie con rimodulazione dei loro PAI - si verificherebbe in 3 giorni settimanali; i restanti 3 giorni usufruirebbero dell’assistenza a distanza. Tutti gli altri utenti proseguirebbero regolarmente con i progetti a distanza già avviati.

Tutto ciò sino al 31.07.2020. A settembre, gradualmente e attraverso nuova progettualità, si potrebbe prevedere il progressivo inserimento per la frequentazione fisica del centro di tutti gli utenti.

Gli effetti di tale organizzazione sono tesi a ridurre il numero dei giorni “fisici” e soprattutto limitare il numero di utenti ai più bisognevoli, con una ulteriore divisione di raggruppamento fra essi dedicando a ciascun gruppo personale specifico e fisso (scrupolosamente dotato di tutti i DPI indicati nelle varie linee guida) in modo da tenere sempre sotto controllo la mappa dei contatti intercorsi.

A fronte di tutto ciò, registriamo inevitabili **lievitazioni di costi relativi all’acquisto di DPI**, detergenti/disinfettanti specifici – questi ultimi da far utilizzare al personale dedito alle sole strutture in modo che le OSS istituzionali siano dedicate solo al gruppo pazienti come anzi detto (sempre per riduzione del rischio contagio) – nonché un **eccezionale costo per trasporto utenti** che deve avvenire in più fasi per via, come detto, dei pochi utenti da introdurre contemporaneamente nel mezzo e chiaramente di personale aggiuntivo. Va da sé che **tutti i costi appena descritti dovranno essere aggiuntivamente e specificatamente rimborsati alle strutture.**

In sintesi, per tutto quanto sopra considerato, siamo a richiedere:

- Per i Centri Diurni e le RSA, il **riconoscimento della tariffa totale** secondo le nuove disposizioni previste dai regolamenti regionali;
- L’immediato **accreditamento** (e comunque non oltre il 31 maggio), anche provvisorio e il conseguente **contratto da formalizzarsi con le Asl di competenza per tutte le strutture** rientranti nell’atto ricognitivo della Regione valevole sia per le strutture già contrattualizzate che per quelle **non** contrattualizzate poiché, anche queste ultime, ormai equiparate ed assoggettate alle medesime regole; diversamente, appare chiaro che i Centri Diurno avranno difficoltà a riaprire da subito e ciò creerà grave disagio alle famiglie dei nostri assistiti. Le RSA non convenzionate, non potendo sostenere tutti i costi di gestione necessari, facilmente attenderanno di accogliere nuovi ospiti solo quando la eventuale convenzione sarà sottoscritta e/o si troveranno a valutare la chiusura delle stesse in considerazione dei maggiori costi “covid”;
- La definizione celere delle **nuove rette** che si dovranno definire in coerenza all’applicazione del R.R. 4 e 5/2019 e, in ogni caso, si richiede l’applicazione delle stesse a far data dal 1 febbraio 2020, data dalla quale siamo stati costretti ad adeguarci, in base ai nuovi regolamenti;
- Eliminazione per medici ed infermieri del regime di **incompatibilità** poiché il pubblico (per motivi emergenziali) ha reclutato e assunto ogni tipologia di medico ed infermiere mettendo in grave crisi il privato che invece è assoggettato all’inserimento delle figure sanitarie come sopra indicato;

- Di invitare gli **organi di controllo** ad eseguire ispezioni nella consapevolezza che nessun centro sociosanitario semiresidenziale, ma anche e soprattutto residenziale, è deputato alla gestione di pazienti Covid. Si chiede una maggiore collaborazione, non repressione, poiché questa straordinaria gestione non può e non deve far ricadere le responsabilità in capo ai gestori privati in casi nefasti. E comunque, si ribadisce che in ogni caso, sia **i casi sospetti e soprattutto quelli accertati Covid devono esclusivamente essere trattati nelle strutture ospedaliere e giammai mantenuti nelle strutture sociosanitarie predette;**
- Di prevedere espressamente la **esclusione di responsabilità** dei gestori per eventuali rischi di contagio in capo alle figure professionali dedicate ai gruppi di utenti;
- Che vengano impartite **direttive univoche a tutte le ASL** del territorio pugliese le quali spesso operano in maniera autonoma e difforme tra loro;
- Di favorire la costituzione di **Un Tavolo tecnico permanente**, anche con la presenza di nostri delegati, per la gestione delle prossime **Fasi Covid** che andranno a svilupparsi, che lo veda impegnato immediatamente a quantificare un minimo di indennizzo a tutte le realtà, per tutte le spese sostenute e da sostenere dalle strutture per l'acquisto di dispositivi dall'inizio della pandemia, per i mancati guadagni in seguito alla mancata possibilità di effettuare nuovi ingressi nelle strutture, per il maggior impiego di personale in eccesso alla normale dotazione organica prevista.

E' solo il caso di evidenziare come in questi due mesi sia lo Stato, sia la Regione si sono attivati, giustamente, per sostenere nei modi più disparati il mondo delle Partite Iva, le imprese, le attività commerciali, le famiglie. Le RSA in particolare, al centro in questi due mesi, di denigrazioni di ogni genere, definite spesso Centri di Contagio, non hanno al momento, e speriamo al momento, ricevuto alcun aiuto da nessuno.

Vi sono troppe regole Covid imposte sulla nostra responsabilità che generano peraltro costi tremendi non supportati da congrue tariffe e rimborsi dei maggiori oneri relativi al periodo emergenziale.

In attesa di un vostro celere riscontro alle nostre richieste, siamo a richiedere un incontro (anche in modalità videoconferenza) con le SS.VV. sia per meglio esplicitare quanto segnalato, ma anche per presentare il **Comitato Libero Gestori Socio Sanitari**, nato, in questo periodo di "problema COVID" per lanciare il proprio grido d'allarme e per farvi comprendere che, se non si interviene urgentemente, avremo la chiusura di decine e decine di realtà con grave nocumento per tutti i pugliesi ed in particolare per le persone più fragili che assistiamo, e quindi anziani e disabili e le loro rispettive famiglie.

Distinti saluti.

Bari, 6 maggio 2020

IL PORTAVOCE

Comitato Libero Gestori Socio Sanitari
Dott. Gerardo Cancellaro

IL PORTAVOCE

Dott. Gerardo Cancellaro

gerardocancellaro@gmail.com

cell. 3358348858

IL COORDINATORE STRUTTURE RESIDENZIALI

Dott. Carlo Rubino

carlo.rubino@tiscali.it

cell. 3483203914

COORDINATORE CENTRO DIURNO

Dott. Alessandro Saracino

ale00sar@libero.it

cell. 3806980332

Nota: Al 5 maggio le strutture ADERENTI al Comitato sono n. 43 le quali nel loro insieme contano circa 1000 dipendenti