

## Linee Guida per le Residenze Sanitarie Assistenziali

Indicazioni per l'erogazione in sicurezza delle attività nelle strutture residenziali socio-sanitarie nella "fase 2" della pandemia COVID-19

Versione 1° – 4 giugno 2020

---

### Sommario

Premessa.....	3
1. Destinatari.....	4
2. Scopo del documento.....	4
3. Misure generali di carattere organizzativo .....	5
4. Formazione e supporto per la corretta adozione delle misure di prevenzione e protezione e la resilienza del personale .....	6
5. Misure da adottare per prevenire l'ingresso di casi sospetti/ probabili/confermati di Covid-19 in RSA.....	7
5.1 Residenti.....	7
5.2 Visitatori esterni .....	8
5.3 Fornitori, manutentori e altri operatori .....	8
6. Sorveglianza attiva e identificazione precoce di casi sospetti / probabili / confermati di Covid-19 tra residenti e operatori .....	9
6.1 Residenti.....	9
6.2 Operatori.....	9
7. Preparazione della struttura per la gestione dei casi sospetti/ probabili/ confermati di Covid-19.....	10
7.1 Aree comuni e ingressi .....	10
7.2 Presidi e dispositivi.....	10
7.3 Igiene ambientale.....	10
7.4 Aree e misure di isolamento .....	10
7.5 Azioni per la riduzione delle occasioni di contatto dei residenti con casi sospetti/ probabili/ confermati di Covid-19:.....	13
8. Gestione dei residenti sospetti/probabili/confermati .....	14
9. Gestione dei residenti confermati Covid-19 .....	15
9.1 Criteri per identificare i residenti da trasferire .....	15

9.2 Gestione clinica dei casi confermati Covid-19.....	16
9.3 Certificazione della guarigione.....	16
9.4 Risoluzione del focolaio .....	16
10. Misure per la gestione dei compagni di stanza e altri contatti stretti di un residente Covid-19 .....	17
11. Monitoraggio dell'implementazione delle misure adottate e delle Linee Guida .....	17
ALLEGATO 1: Comitato multidisciplinare e referente Covid .....	19
ALLEGATO 2: Prevenzione, protezione e sorveglianza del personale .....	21
ALLEGATO 3: Tamponi di screening e test sierologici per il personale delle RSA.....	26
ALLEGATO 4: Flow chart .....	27
Riferimenti bibliografici .....	29

---

## Acronimi

APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
DPI	Dispositivi di Protezione Individuali
DVR	Documento di Valutazione dei Rischi
ECDC	European Centre for Disease prevention and Control
ICA	Infezioni Correlate all' Assistenza
INAIL	Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro
ISS	Istituto Superiore di Sanità
MC	Medico Competente
MMG	Medico di Medicina Generale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PS	Pronto Soccorso
RLS	Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
ROT	Rifiuti Ospedalieri Trattati
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSPP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
SPES	Servizi Pastorali Educativi Sociali
TC	Temperatura Corporea
TF	Task Force RSA
UOPSAL	Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
UPIPA	Unione Provinciale Istituzioni Per l' Assistenza

## Premessa

Gli anziani e le persone affette da gravi patologie neurologiche, croniche e da disabilità sono una popolazione particolarmente fragile nello scenario epidemiologico determinato da Covid-19 [1]. Le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono risultate in Italia, in Europa e nel mondo tra le strutture più colpite dalla pandemia da SARS-Cov-2. Una quota significativa dei contagi e dei decessi causati dal virus è avvenuta proprio all'interno delle residenze sanitarie assistenziali [2]. Pertanto, nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da virus SARS-Cov-2, è necessario mettere costantemente in atto plurime precauzioni per ridurre il rischio di contagio negli ospiti e negli operatori, nonché tutelare la salute della comunità. Tali necessarie misure di protezione e sicurezza nella cosiddetta fase 2 della pandemia sono da promuovere a livello provinciale in modo omogeneo all'interno di tutte le strutture residenziali, al fine di limitare la morbosità e la mortalità dovute al rischio di ripresa di focolai epidemici, ma allo stesso tempo garantire il ripristino dei nuovi ingressi e la progressiva "normalizzazione" delle attività.

I segni e sintomi compatibili con l'infezione da Covid-19 comprendono quadri simil-influenzali (febbre, malessere, cefalea, mialgia, ecc) e di infezione respiratoria acuta (da lieve a grave). Tuttavia, la manifestazione clinica della malattia potrebbe essere anche molto sfumata o atipica, in modo particolare negli anziani e nelle persone affette da deterioramento cognitivo [2]. Pertanto, qualsiasi cambiamento significativo dello stato clinico del residente che non abbia una spiegazione immediata deve essere valutato, nell'attuale situazione epidemiologica, anche per l'infezione da Covid-19. Risulta quindi di importanza assoluta una adeguata formazione di tutto il personale coinvolto nel monitoraggio e nella ricerca di segni e sintomi tipici/atipici e nell'identificazione precoce dei soggetti in grado di veicolare l'infezione, per evitare che entrino in contatto con soggetti a rischio di contrarla. Altresì, è indispensabile ripensare e ridefinire i processi organizzativi e assistenziali, gli spazi e l'articolazione delle diverse attività sanitarie e sociali svolte nelle RSA. La ridefinizione dei processi va improntata alla ricerca del miglior equilibrio possibile fra esigenze di prevenzione e controllo del contagio e di assistenza, benessere e qualità della vita dei residenti.

Le presenti linee guida sono state prodotte con il contributo del Tavolo Covid RSA composto da Assessorato alla Salute, Politiche Sociali, Disabilità e Famiglia, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari (APSS), Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza (UPIPA), Gruppo Servizi Pastoralisti Educativi Sociali (SPES) e rappresentanti sindacali (FP CGIL, FP CISL, UIL FPL e FENALT), al fine di fornire indicazioni utili a permettere alle residenze sanitarie assistenziali e alle altre strutture socio-sanitarie residenziali di operare garantendo condizioni di sicurezza per tutti i soggetti che afferiscono alle RSA, per esigenze di salute, lavoro o di carattere sociale.

*Il presente documento costituisce una prima versione ad interim che sarà soggetta a revisioni, integrazioni. Cambiamenti del contesto epidemiologico e organizzativo comporteranno un periodico aggiornamento dello stesso da parte della Provincia con il coinvolgimento del Tavolo Covid RSA in relazione all'evoluzione delle conoscenze sulla pandemia in atto.*

## 1. Destinatari

Il documento è diretto a tutte le RSA della provincia, ed in particolare alle direzioni e ai responsabili sanitari e organizzativi, nonché, per conoscenza, alle rappresentanze dei lavoratori, affinché forniscano le necessarie e opportune direttive a:

- residenti;
- personale sanitario e assistenziale, tecnico, amministrativo e dei servizi di supporto;
- personale delle ditte esterne che afferisce alla struttura per servizio (es. personale delle ditte di pulizie, manutentori, dipendenti di cooperative di servizio, ecc.);
- fornitori;
- volontari;
- visitatori autorizzati;
- altri portatori di interesse.

Il presente documento fornisce indicazioni (laddove pertinenti e applicabili) utili anche per altre strutture residenziali territoriali (es. residenze per disabili, hospice)<sup>1</sup>.

## 2. Scopo del documento

Le Linee Guida sono aderenti alle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) [1]<sup>2</sup> e dell'Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL) [3]. Nella stesura del documento sono state utilizzate anche ulteriori fonti tecnico-scientifiche citate nel testo e/o elencate in bibliografia, a cui si rimanda per approfondimenti.

In questa fase della pandemia Covid-19, il presente documento ha la finalità di:

- fornire indicazioni, generali e specifiche (in particolare attinenti alcune tematiche ritenute rilevanti dal Tavolo Covid RSA) per contenere il rischio di trasmissione del virus SARS-Cov-2 e consentire l'erogazione dei servizi in sicurezza, in coerenza con i citati documenti di indirizzo nazionali;
- descrivere strategie e modalità tecnico-organizzative di protezione e sicurezza di residenti e operatori specificamente previste a livello provinciale ed evidenziate in particolare nelle sezioni del documento principale 3, 4, 5.1, 6.1, 8, 9, 11 e negli allegati (1, 2, 3).

Tutte le indicazioni contenute nelle varie sezioni del documento devono essere calibrate e rivalutate in relazione alla specificità dei contesti e dei casi concreti di applicazione, anche tenuto conto delle valutazioni formulate dalla Task Force RSA (TF)<sup>3</sup> nell'ambito della propria attività.

---

1 Per tali strutture resta ferma l'applicazione delle vigenti disposizioni specifiche emanate dalla Provincia in tema di accesso e riorganizzazione dei servizi socio-sanitari; ad esempio, "Circolare per la gestione dell'emergenza coronavirus presso i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari della Provincia autonoma di Trento, aggiornamento al giorno 30 aprile 2020. Sostituisce la precedenti". Le presenti linee guida non si applicano alle strutture residenziali soggette alle "Linee di Indirizzo per l'erogazione in sicurezza dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale nella "fase 2" della pandemica COVID-19".

2 Rapporti ISS COVID-19. [www.iss.it/rapporti-covid-19](http://www.iss.it/rapporti-covid-19).

3 La Task Force RSA è stata istituita con determinazione provinciale del Dipartimento Salute e Politiche Sociali n. 100 del 1 aprile 2020, successivamente integrata con determinazione n. 104 del 6 aprile 2020.

### 3. Misure generali di carattere organizzativo

Le misure di carattere organizzativo che ogni RSA deve mettere in atto, entro i termini sotto indicati sono:

- istituire un comitato multidisciplinare [1] [2] [4] (vedere Allegato n.1) entro il 15 giugno 2020;
- identificare un referente per la prevenzione e il controllo di Covid-19 (Referente Covid) [1] [5] (vedere Allegato n. 1) entro il 15 giugno 2020;
- predisporre un “piano Covid-19” di prevenzione e intervento della struttura e dei servizi [4] [6] attinente alla gestione delle attività nella “fase 2” della pandemia Covid-19; il piano deve tener conto dell’analisi infrastrutturale, delle caratteristiche dei residenti, delle risorse umane disponibili, dei dispositivi e altri prodotti necessari per la prevenzione e il controllo della diffusione delle infezioni correlate all’assistenza e specificamente del virus SARS-Cov-2; nel piano devono essere riportati il programma di informazione, formazione e addestramento per tutto il personale e le modalità organizzative da rimodulare, nel rispetto delle disposizioni sulla dotazione di personale della Provincia, con particolare attenzione ai parametri di riferimento oltre che ai carichi e ai turni di lavoro; il piano dovrà essere progressivamente integrato e aggiornato anche in relazione alle misure logistiche e organizzative previste per la ripresa in sicurezza di tutte le attività interne, tenuto conto delle caratteristiche infrastrutturali (locali, spazi comuni, ecc.) e del profilo di rischio dei residenti (es. guariti, indenni), nonché per quanto attiene le modalità di relazione con i familiari. Il Piano va presentato in APSS entro il 30 giugno 2020 e sarà validato da APSS entro 15 giorni dal ricevimento;
- garantire il flusso informativo verso l’APSS in relazione a tutti gli ambiti rilevanti per la prevenzione e il controllo delle infezioni e la gestione di Covid-19 [1];
- mantenere le comunicazioni con operatori, residenti e familiari/caregiver; a questi ultimi va garantita sia una figura appositamente designata per ricevere informazioni sullo stato di salute del proprio familiare, sia la possibilità di contattare, ancorché a distanza, il residente [7]; al familiare va assicurato un servizio telefonico costante attraverso il quale gli operatori dell’équipe socio-sanitaria possano fornire informazioni chiare e personalizzate, adeguate ed esaustive, riguardanti la salute del familiare, i trattamenti in corso e soprattutto eventuali cambiamenti dello stato di salute (cure, terapie, ecc) o i trasferimenti in ospedale, in modo che la famiglia possa partecipare consapevolmente alle scelte da intraprendere;
- rafforzare tutte le misure volte alla prevenzione e al controllo delle infezioni, quali le precauzioni standard e specifiche in base alla modalità di trasmissione e alla valutazione del rischio nella struttura [1]; particolare attenzione dovrà essere dedicata all’igiene delle mani;
- realizzare un programma di medicina occupazionale [1] in collaborazione con il medico competente (MC) della struttura, per la definizione delle misure per la tutela della salute e della integrità psico-fisica dei lavoratori e l’attuazione delle misure di prevenzione e protezione richiamate nel “Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro” sottoscritto il 14 marzo 2020 e integrato e modificato il 24 aprile 2020 tra Governo e Organizzazioni sindacali, con attenzione a quanto riportato nell’Allegato 2; promuovere la

somministrazione gratuita della vaccinazione antinfluenzale stagionale durante le campagne vaccinali provinciali [1];

- integrare il Documento di Valutazione dei Rischi (DVR), entro il 15 giugno 2020, in merito alla prevenzione del rischio di infezione da SARS-Cov-2 nei luoghi di lavoro secondo quanto indicato nella Circolare del Ministero della Salute avente ad oggetto “Indicazioni operative relative alle attività del MC nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-Cov-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività” del 29 aprile 2020;
- definire procedure di gestione del *post-mortem* in residenti con infezione da Covid-19, secondo le indicazioni fornite dalla Circolare Ministero della Salute n. 12302 dell’8 aprile 2020 (Indicazioni emergenziali connesse epidemia Covid-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione) e successive integrazioni con Circolare Ministero della Salute n. 15280 del 2 maggio 2020.

Una adeguata programmazione, la chiarezza e la condivisione delle procedure interne rappresentano elementi chiave di riorganizzazione e sicurezza.

#### **4. Formazione e supporto per la corretta adozione delle misure di prevenzione e protezione e la resilienza del personale**

Tutto il personale sanitario e di assistenza, compresi gli addetti alle pulizie, il personale inviato da altre RSA e/o società cooperative e/o altri soggetti pubblici e privati, personale volontario devono ricevere da parte della propria RSA informazione e formazione specifica sulle tematiche formalmente indicate dall’ISS (es. precauzioni standard per l’assistenza a tutti i residenti, precauzioni per la prevenzione di malattie trasmesse per contatto e droplet, quadro clinico di Covid-19, corretto utilizzo dei DPI) [1], sulle variazioni organizzative, sulle modifiche strutturali, e in generale su tutte le procedure interne introdotte (es. procedure di isolamento, procedure di sorveglianza) per il contenimento della diffusione dell’infezione da Covid-19.

La formazione e l’addestramento degli operatori devono basarsi su sessioni obbligatorie (in orario di servizio) di breve durata (non più di 2-3 ore), che prevedano esercitazioni pratiche (ad esempio, sulle pratiche corrette per l’igiene delle mani e per la vestizione e svestizione dei DPI) e presentazione di video [1]. Le RSA sono, inoltre, tenute a far seguire i corsi FAD dell’ISS (sulla piattaforma di formazione EDUISS<sup>4</sup>) agli operatori, prevedendo modalità alternative nel caso non ci siano competenze o strumenti digitali adeguati che l’azienda si impegna a fornire. Le strutture inoltre, potranno avvalersi, per l’aggiornamento delle competenze del personale sulle tematiche legate al Covid, anche di iniziative formative proposte da APSS in collaborazione con la TF, il servizio formazione di UPIPA e SPES. APSS provvede a diffondere a tutte le RSA, anche con il supporto di UPIPA e SPES, indicazioni o aggiornamenti, attinenti nuove informazioni o conoscenze scientifiche sulla pandemia in atto.

Inoltre si evidenzia, come conseguenza dello scenario emergenziale SARS-Cov-2, che gli operatori di area sanitaria e sociosanitaria stanno affrontando esperienze professionali e contesti personali caratterizzati da stress molto elevato, che potrebbero avere rilevanti implicazioni per il loro

---

4 [www.eduiss.it](http://www.eduiss.it)

benessere fisico ed emotivo [1.a]. È indispensabile che ogni struttura adotti tutte le modalità organizzative e pratico-operative necessarie a ridurre il disagio degli operatori, quali organizzare ruoli e attività, assicurando le pause e i riposi previsti tra un turno e l'altro e mantenendo un efficace flusso informativo, garantire la formazione, favorire interventi materiali di sostegno, promuovere e monitorare il benessere psicologico con forme concrete di sostegno, quali il counselling psicologico e spirituale [1.a][2].

È necessario organizzare (in orario di lavoro) momenti di ascolto e confronto con gli operatori per sostenerli e per permettere l'emersione di suggerimenti, idee e azioni di miglioramento dell'assistenza, anche con la presenza del referente Covid.

Inoltre, si evidenzia che le azioni di sensibilizzazione nei confronti dei residenti, contestualizzate sulle caratteristiche di ogni singola realtà e sui bisogni delle persone, devono concentrarsi sul far rispettare le seguenti misure: evitare strette di mano, baci e abbracci, igiene delle mani, igiene respiratoria, mantenersi a distanza di almeno 1 metro, utilizzare la mascherina chirurgica. Le azioni dovrebbero basarsi su sessioni di breve durata (non più di 30 min-1h), rivolte a piccoli gruppi e includere esercitazioni pratiche o anche ricreative (ad esempio, dimostrazioni sulle pratiche da attuare per l'igiene delle mani e respiratoria, video, canzoni sull'igiene delle mani, ecc.) [1].

## **5. Misure da adottare per prevenire l'ingresso di casi sospetti/probabili/confermati di Covid-19 in RSA**

Le misure di governo degli accessi in struttura da porre in essere vanno articolate secondo quanto indicato a seguire.

### **5.1 Residenti**

#### Inserimento di un nuovo residente in RSA:

- se proveniente dal domicilio, è previsto un periodo di quarantena in strutture dedicate cosiddette "di transito" [7]. Di norma, la fase di quarantena dura 14 giorni. L'ingresso nella RSA di transito avviene previa verifica di assenza di sintomatologia da Covid: diversamente l'ingresso è posticipato fino a completa scomparsa dei sintomi. Qualora nel corso della quarantena la persona dovesse sviluppare il contagio, deve essere disposto il suo trasferimento verso una delle RSA Covid [8];
- se proveniente dall'ospedale, dopo un ricovero (per Covid o altre problematiche) e con doppio tampone negativo, il periodo di quarantena è previsto presso la struttura "di transito"<sup>5</sup>;
- se proveniente dall'ospedale dopo un ricovero correlato al Covid-19 ma con tampone ancora positivo, viene trasferito presso la RSA Covid.

#### Dimissione dall'ospedale di un residente già ospite di RSA:

---

<sup>5</sup> Fanno eccezione a questa regola gli ingressi nell'RSAO di Tione provenienti direttamente dall'Ospedale di Tione e i trasferimenti in RSA dopo ricovero negli hospice Covid-free di una durata pari al periodo di quarantena.

- con doppio tampone negativo, il periodo di quarantena è previsto presso la RSA di provenienza;
- con tampone ancora positivo, è previsto il trasferimento presso la RSA Covid.

#### Dimissione dalla RSA Covid:

- avviene alla guarigione dell'ospite confermata da due tamponi negativi eseguiti a distanza di 48 ore; il periodo di quarantena è previsto presso la RSA di provenienza.

In questa fase, salvo casi eccezionali, va evitato il trasferimento di residenti tra RSA.

Per evitare il trasferimento del residente in altre strutture sanitarie va privilegiata, quanto più possibile, la modalità telematica per l'effettuazione di consulenze specialistiche, sia nella forma di tele-visita (contatto diretto specialista – residente) sia in forma di teleconsulto (contatto diretto, su un singolo caso, fra medico richiedente e specialista), ferme restando le previste informazioni ai familiari.

## **5.2 Visitatori esterni**

Resta fermo il divieto di ingresso di familiari e conoscenti. La visita potrà essere autorizzata in casi eccezionali (ad esempio situazioni di fine vita) dalla Direzione sanitaria della struttura, previa appropriata valutazione dei rischi-benefici.

Qualora vengano autorizzate delle visite, va messo in atto un sistema di valutazione per impedire l'accesso a persone sintomatiche o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di Covid-19 sospetti/probabili/confermati negli ultimi 14 giorni.

È opportuno utilizzare il questionario anamnestico che va compilato da un operatore della struttura unitamente alla rilevazione della temperatura corporea [1].

I visitatori eccezionalmente autorizzati devono essere sensibilizzati sulle modalità messe in atto per la prevenzione del contagio da parte della struttura, e indossare la mascherina chirurgica ed effettuare l'igiene delle mani all'ingresso; devono altresì essere fornite tutte le indicazioni comportamentali da tenere durante la permanenza in struttura, come indicate nel documento dell'ISS cui si rimanda [1].

È opportuno che ogni struttura predisponga un registro degli accessi [2] di tutti i visitatori completo di data e orario per permettere in caso di necessità di effettuare un'inchiesta epidemiologica e risalire a tutti i contatti del caso in modo tempestivo.

## **5.3 Fornitori, manutentori e altri operatori**

La permanenza nei locali deve essere limitata al tempo strettamente necessario per l'effettuazione delle attività specifiche. Qualora personale tecnico debba accedere ad aree assistenziali per motivate ragioni (pulizie, manutenzioni, ecc.) esso si deve mantenere per il tempo strettamente necessario all'esecuzione dell'intervento e osservare le distanze di sicurezza.

Va monitorata la temperatura corporea di fornitori, manutentori e/o altri operatori e indagata l'eventuale presenza di sintomi suggestivi di infezione da Covid-19, individuando procedure e



figure dedicate a tale scopo. Va vietato l'accesso in caso di febbre o presenza di sintomatologia suggestiva.

Inoltre, si raccomanda di:

- verificare che siano dotati di mascherina chirurgica, di fare in modo che l'ingresso sia limitato ad una persona alla volta e previa esecuzione dell'igiene delle mani; in ogni caso non vi deve essere mai contatto tra fornitori e personale sanitario; rispettare sempre le distanze di sicurezza;
- predisporre accessi dedicati per la consegna della merce per un maggior controllo;
- alla fine delle operazioni il personale della struttura deve lavarsi accuratamente le mani.

## **6. Sorveglianza attiva e identificazione precoce di casi sospetti / probabili / confermati di Covid-19 tra residenti e operatori**

### **6.1 Residenti**

- Effettuare un attento monitoraggio clinico quotidiano di tutti i residenti alla ricerca di sintomi tipici e atipici di insorgenza dell'infezione da Covid-19 [1] [2]<sup>6</sup>;
- Rilevare la temperatura corporea, la saturazione e la frequenza respiratoria due volte al giorno [2], confrontando i dati con quelli basali di ogni singolo residente;
- Intensificare il monitoraggio sull'insorgenza di segni/sintomi e la rilevazione dei parametri tra i residenti "contatto" di caso;
- a integrazione di quanto già indicato dalla TF [9], realizzare periodicamente tamponi nasofaringei sui residenti indenni, anche unitamente ai test di screening previsti sugli operatori delle RSA (vedere Allegato 3).

### **6.2 Operatori**

Per tutti gli operatori vanno poste in essere le seguenti misure [1]:

- promuovere la responsabilizzazione degli operatori per autocontrollo sintomatologia (febbre e/o sintomi simil-influenzali<sup>7</sup>, anche lievi);
- prevedere la misurazione della febbre a inizio turno (di norma tramite termo-scanner) per tutti gli operatori. Tutti gli operatori sintomatici per patologia respiratoria o con temperatura >37,5°C devono astenersi dalle attività lavorative;
- mettere in atto le strategie di screening per gli operatori della RSA, in coerenza con le indicazioni di APSS (vedere Allegato 3).

Le ulteriori indicazioni specifiche sulle misure di prevenzione, protezione e sorveglianza rivolte al personale sono elencate nell'Allegato 2.

---

<sup>6</sup> I residenti, in modo particolare con deficit cognitivo o alterata capacità di comunicazione, devono essere monitorati per l'insorgenza atipica della patologia (compresi episodi di tachipnea, alterazione dello stato mentale, apatia, perdita di peso, inappetenza, delirium, tachicardia o ipotensione). Le persone con demenza possono mascherare le manifestazioni cliniche da Covid-19; qualsiasi cambiamento significativo dello stato clinico rispetto alle condizioni basali deve essere valutato con attenzione.

<sup>7</sup> Quali tosse e/o problemi respiratori e/o dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, ageusia, anosmia.

## **7. Preparazione della struttura per la gestione dei casi sospetti/probabili/ confermati di Covid-19**

### **7.1 Aree comuni e ingressi**

Le strutture devono predisporre ed esporre promemoria visivi come poster, cartelli, volantini, screen-saver riportanti indicazioni sull'igiene delle mani, sull'igiene respiratoria, sulla necessità di monitorare il proprio stato di salute nonché sul distanziamento sociale e altre precauzioni. Messaggi e promemoria visivi possono anche essere diffusi attraverso i social media. L'ISS ha preparato una sezione del proprio sito web dove scaricare documenti tecnici e infografiche.

Va garantita la disponibilità della soluzione idroalcolica per la disinfezione delle mani in ingresso, in uscita e nelle aree comuni.

### **7.2 Presidi e dispositivi**

La Direzione in collaborazione con il comitato multidisciplinare e il referente Covid effettua un'adeguata programmazione dell'approvvigionamento dei DPI e di altri prodotti necessari (es. soluzione idroalcolica, sapone, termometri senza contatto, pulso-ossimetri, ossigeno ecc.), anche sulla base delle forniture di materiale sanitario da parte di APSS in attuazione delle direttive per le RSA eventualmente effettuate in raccordo con UPIPA. In particolare, devono essere effettuate stime adeguate circa la qualità e le quantità necessarie.

Per ulteriori indicazioni si rimanda all'Allegato 2.1.

### **7.3 Igiene ambientale**

Si raccomanda di revisionare e aggiornare il piano delle pulizie con particolare attenzione alla loro frequenza, all'uso di disinfettanti specifici, alle superfici toccate frequentemente, ai bagni, alle aree comuni, all'utilizzo di attrezzature dedicate preferibilmente monouso. È necessario aerare frequentemente i locali e definire le modalità interne per effettuare la disinfezione "in urgenza" di oggetti (comodino, armadio, materasso) e locali nei quali ha stazionato un residente (es. stanza, ambulatorio) nel caso si sospetti un'infezione da Covid-19. Tutte le superfici ad alta frequenza di contatto (es. maniglie, corrimani, tavoli, sedie e le altre superfici a rischio) devono essere disinfettate almeno 2 volte al giorno [1].

Prodotti (es. disinfettanti) e procedure utilizzate per la sanificazione dei locali nelle strutture sanitarie devono essere coerenti con le indicazioni dell'ISS, a cui si rimanda [1] [10].

Il personale che effettua le pulizie ambientali deve essere rifornito e indossare correttamente tutti i DPI del caso [1].

### **7.4 Aree e misure di isolamento**

In tutte le strutture devono essere identificate alcune aree e/o stanze, in numero adeguato al numero dei residenti, che consentano l'isolamento di casi sospetti/probabili/confermati, in attesa di

definizione diagnostica o prima del trasferimento ad altra struttura. A tale scopo va privilegiata la predisposizione di un'area dedicata per Covid in cui concentrare l'assistenza.

Le aree di isolamento devono prevedere "stanze di isolamento singole con bagno dedicato e, possibilmente, con anticamera" [1]. Se non sono disponibili camere singole, prendere in considerazione l'isolamento per coorte di residenti sospetti Covid-19 in stanze doppie che garantiscano il necessario distanziamento. Si raccomanda di non isolare i residenti con sospetto Covid-19 con residenti con Covid-19 confermato.

Le aree di isolamento devono essere il più possibile individuate secondo un criterio di progressione in rapporto alla gravità ed al rischio diffusivo dell'infezione [1]:

- residenti sani e residenti che hanno avuto contatti a rischio ma hanno eseguito il tampone che è risultato negativo;
- residenti sintomatici con sospetto di infezione;
- residenti con tampone positivo asintomatici o paucisintomatici;
- residenti con tampone positivo e sintomatici (con o senza rischio di aerosol);
- per ciascun gruppo vanno previsti ingressi distinti e cambio di dispositivi e DPI per gli attraversamenti tra le aree;
- sono da evitare il più possibile percorsi comuni, sia per il personale sia per i materiali, da e per le aree di isolamento; in particolare vanno identificati e tenuti separati i percorsi ovvero vanno assolutamente evitati momenti di promiscuità tra gli stessi:
  - percorsi pulito-sporco;
  - percorsi di fornitura materiali (farmaci, presidi, biancheria);
  - percorsi del servizio ristorazione soprattutto per quanto riguarda il riassetto post prandiale (privilegiando materiali monouso);
  - percorsi per l'eliminazione dei rifiuti speciali e non, con definizione di apposito protocollo, incluso la disponibilità di contenitori vicino all'uscita all'interno della stanza del residente per scartare i dispositivi e DPI monouso qualora fosse necessario;
  - percorsi di servizio per le celle mortuarie;
  - percorsi di accesso per il personale dedicato, con identificazione di un punto fisico separato da quello delle altre aree o, comunque, prevedendo che l'accesso alle aree di isolamento disponga di un'area filtro per indossare (in entrata) e per togliere (in uscita) i dispositivi e DPI in sicurezza e per effettuare una accurata igiene;
- fornire al personale le indicazioni necessarie per il corretto approccio all'assistenza dell'ospite infetto, all'utilizzo dei dispositivi e DPI e dei comportamenti da seguire;
- fornire ai medici curanti e/o ad ogni altro eventuale professionista identiche indicazioni in ordine alla riorganizzazione per aree separate e all'utilizzo dei dispositivi e DPI.

Nelle aree Covid-19 e nelle condizioni di isolamento temporaneo devono essere messe in atto tempestivamente e rispettate le seguenti procedure [1]:

- fare indossare al residente una mascherina chirurgica, se tollerata;
- applicare rigorosamente le precauzioni da contatto e droplet nell'assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di Covid-19: guanti, dispositivi di protezione respiratoria, occhiali di protezione/visiera, grembiule/camicia monouso (possibilmente idrorepellente), copricapo [11];

- praticare frequentemente la pulizia delle mani con uso di acqua e sapone e asciugare con salvietta monouso; passare la soluzione idroalcolica per la loro disinfezione;
- effettuare pulizia frequente (almeno due volte al giorno) nella stanza del residente con acqua e detersivi seguita da disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5% (equivalente a 5.000 ppm) per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e dei bagni, e allo 0,1% (equivalente a 1.000 ppm) per le altre superfici; prestare attenzione alle aree comuni; effettuare la sanificazione accurata degli ambienti dove il residente confermato soggiornava;
- disinfettare con alcol etilico al 70% i dispositivi di cura o attrezzature riutilizzabili (ad esempio, i termometri e gli stetoscopi) ogni volta che si usano da un residente all'altro [1]; se possibile i presidi medici per il monitoraggio (ad es. termometro, sfigmomanometro, saturimetro) dovrebbero essere lasciati all'interno della stanza per l'isolamento [4];
- considerare di raggruppare le attività e pianificare le attività assistenziali al letto del residente per minimizzare il numero di ingressi nella stanza (ad esempio, controllo dei parametri vitali durante la somministrazione di farmaci oppure distribuzione del cibo ad opera di un operatore sanitario che deve eseguire altri atti assistenziali) rivedendo l'organizzazione del lavoro;
- se dovessero essere necessari trasferimenti all'interno della struttura, garantire la minima esposizione ad altri residenti evitando gli spazi comuni durante il percorso;
- per i trasferimenti dei residenti all'esterno della struttura implementare procedure che definiscano anche le modalità utilizzate per informare il personale del 118 e il personale della struttura ricevente (ad es. ospedale) del trasporto di residente sospetto/probabile/confermato Covid;
- garantire una ventilazione regolare degli ambienti;
- riporre con cautela in un sacchetto chiuso ed etichettato la biancheria della persona in isolamento in attesa di essere lavata, evitando il contatto diretto con la propria cute e i propri vestiti. Il personale del servizio lavanderia interno addetto alla ricezione e al lavaggio degli indumenti deve indossare idonei DPI (guanti, mascherina, occhiali, camice/grembiule monouso, stivali o scarpe chiuse), non maneggiare la biancheria, procedere al lavaggio in lavatrice con un ciclo completo a 60–90°C con uso di comune detersivo [1] [4]; attenersi inoltre alle procedure concordate con la ditta esterna per la consegna della biancheria (es. utilizzo sacchi idrosolubili contrassegnati);
- predisporre quanto necessario per l'eventuale somministrazione di ossigeno [4];
- garantire un'assistenza diretta quanto più possibile dedicata al fine di ridurre il numero di operatori che vengono a contatto; infermiere e operatore sociosanitario quando operano nella stanza di degenza devono indossare i seguenti DPI: semi maschera filtrante facciale FFP2 o FFP3 (FFP3 in particolare è raccomandata per proteggere l'operatore che esegue manovre quali ad esempio: bronco aspirazione o procedure che inducono tosse o espettorato che possono generare aerosol delle secrezioni del paziente), occhiali protettivi o visiera, camice idrorepellente a maniche lunghe, guanti monouso in nitrile o vinile, copricapo;
- sorvegliare e impedire la condivisione di dispositivi personali tra residenti (es. dispositivi di mobilità, libri, gadget elettronici) [4];
- non sono necessarie stoviglie o utensili da cucina usa e getta: le stoviglie e le posate utilizzate dal residente possono essere lavate in lavastoviglie [4]; anche il personale addetto alla ricezione e al lavaggio delle stoviglie deve indossare idonei DPI (guanti, mascherina, occhiali, camice/grembiule monouso, stivali o scarpe da lavoro chiuse).

Resta invariato il percorso di gestione dei Rifiuti Ospedalieri Trattati (ROT) in essere all'interno di ogni struttura. I contenitori dei ROT devono essere collocati all'interno della stanza della persona in isolamento sino alla chiusura, una volta chiusi devono essere subito collocati nel deposito individuato dalla struttura [1]. I rifiuti generati nella cura dei residenti Covid-19 (sospetti o confermati) devono essere trattati ed eliminati come materiale infetto categoria B (UN3291) [4].

## **7.5 Azioni per la riduzione delle occasioni di contatto dei residenti con casi sospetti/ probabili/ confermati di Covid-19:**

Azioni suggerite per ridurre le occasioni di contatto all'interno della struttura con casi sospetti/probabili/confermati, anche solo temporaneamente presenti nella struttura, sono:

- sospendere la somministrazione dei pasti in ambienti comuni e tutte le attività di gruppo che non possano essere gestite in sicurezza, compreso il criterio del distanziamento fisico di almeno un metro [1];
- nei limiti della correttezza assistenziale; favorire modalità di socializzazione a piccoli gruppi che non comportino un contatto stretto [1]. Ad esempio, uscite in giardino con un distanziamento di almeno 2 metri, attività ludiche/laboratoristiche individuali [12];
- laddove la struttura sia organizzata in aree/unità con presenza di malati con Covid-19, organizzare le équipe assistenziali per singole aree affinché siano autonome e indipendenti con la finalità di evitare oppure ridurre il più possibile il passaggio di operatori tra le aree, anche durante le ore notturne [1];
- in caso di trasferimenti/spostamenti all'interno della struttura far indossare ai residenti la mascherina chirurgica (se tollerata);
- utilizzare gli ambienti comuni in momenti differenti della giornata e prevedendo la disinfezione delle superfici tra un gruppo e l'altro (es. differenziazione orari in sala da pranzo, in sala comune, in sala tv, ecc. assegnare i bagni ad ogni gruppo) [12];
- in base ai bisogni del residente, attivare le necessarie misure organizzative affinché le attività assistenziali siano concentrate limitando numero e durata degli accessi ed esponendo al contatto con il caso sospetto/probabile/confermato Covid-19 il minor numero possibile di operatori;
- suddividere gli operatori in piccoli nuclei e operare in zone funzionalmente compartimentate della struttura (per piano o per semipiani, se questi sono muniti di porte di compartimentazione); se la compartimentazione non risulta tecnicamente realizzabile possono essere individuate altre modalità funzionali di separazione, ad esempio tramite nastri o strisce posizionate a terra;
- non far transitare gli operatori addetti nelle aree non destinate alle proprie attività e quindi non far spostare in altre aree della struttura se non per comprovata necessità; a tale scopo si raccomanda di prevedere che anche durante il turno notturno sia garantita la protezione del personale, con eventuali adeguamenti organizzativi e logistici e prevedendo aree di filtro per il cambio dei DPI [4];

- per quanto possibile, cercare di evitare che gli operatori transitino per ragioni di lavoro tra più strutture<sup>8</sup> [2];
- individuare il luogo di eventuale consumazione del pasto per il personale, con idonei locali e con opportune indicazioni sulla vestizione/depurazione dei DPI indossati ad inizio turno, con idoneo ricambio d'aria e ove poter garantire il distanziamento di almeno un metro (preferibilmente due); è preferibile organizzare delle turnazioni che permettano l'utilizzo differenziato degli spazi da parte del personale afferente ai diversi servizi (sanitario, amministrativo, di supporto ecc.); si dovrà provvedere alla disinfezione del locale dopo ogni utilizzo [13].

## 8. Gestione dei residenti sospetti/probabili/confermati

Per la definizione di caso di Covid-19 si rimanda alle indicazioni generali contenute nella Circolare del Ministero della Salute 9 marzo 2020 "Aggiornamento della definizione di caso". A titolo esemplificativo, si riporta anche la classificazione proposta dall'ECDC specificamente per le RSA [2].

Caso sospetto (possibile)	Persona che soddisfa il criterio clinico (almeno 1 dei seguenti sintomi): tosse, febbre, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, insorgenza improvvisa di anosmia, ageusia/disgeusia.
Caso probabile	Persona che soddisfa il criterio clinico (vedi caso sospetto/possibile) e il criterio epidemiologico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- contatto stretto con un caso Covid-19 confermato nei 14 giorni precedenti l'insorgenza di sintomi;</li> <li>- essere residente, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi, in una struttura dove la trasmissione del Covid-19 sia stata confermata.</li> </ul> <p>O</p> Persona che soddisfa il criterio diagnostico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- evidenza radiologica che dimostri lesioni polmonari compatibili con Covid-19.</li> </ul>
Caso confermato	Persona che soddisfa il criterio laboratoristico: <ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza di acido nucleico di SARS-Cov-2 in un campione biologico (positività di Covid al tampone nasofaringeo).</li> </ul>

L'accertamento diagnostico viene effettuato con ricerca dell'acido nucleico virale sui tamponi nasofaringei ai sensi della circolare del Ministero della Salute del 3 aprile 2020. I tamponi nasofaringei per la ricerca di SARS-Cov-2 sui residenti sono effettuati dal medico della struttura o da altro operatore sanitario in possesso delle competenze necessarie. Il materiale è fornito alle RSA da APSS, secondo i consueti canali di approvvigionamento.

---

<sup>8</sup> Per quanto riguarda il nucleo di RSA di transito è possibile garantire la copertura infermieristica notturna con l'operatore della struttura di riferimento.

Il riconoscimento precoce di segni e sintomi e la tempestiva presa in carico con l'esecuzione dei test diagnostici (tampone nasofaringeo e/o riscontro ecografico di interstiziopatia polmonare da parte dei medici della task force, e/o test rapido su sangue capillare) sono cruciali. In particolare, il riscontro ecografico e il test sierologico rapido si sono recentemente affiancati al tampone nasofaringeo, facilitando l'attività diagnostica ma soprattutto accelerando i tempi di diagnosi in quanto sono di pressoché immediata risposta.

RSA (Covid-free): il residente sospetto va immediatamente isolato, sottoposto da parte della struttura a tampone naso-faringeo per ricerca di SARS-Cov-2 e a test rapido, nonché immediatamente segnalato all'indirizzo mail [taskforceapsp@apss.tn.it](mailto:taskforceapsp@apss.tn.it) e al cellulare del coordinatore della TF. Al fine di garantire una risposta rapida il tampone deve essere consegnato direttamente alla Microbiologia dell'Ospedale di Trento segnalando l'urgenza.

RSA che presentano al loro interno già residenti positivi al Covid-19: il residente sospetto va isolato e sottoposto da parte della struttura a tampone naso-faringeo per ricerca di SARS-Cov-2 e al test rapido.

In attesa dell'inquadramento diagnostico, le RSA devono gestire i casi sospetti/probabili come contagiosi mettendo in atto tutte le misure previste per la minimizzazione del rischio di contagio, quali l'isolamento del residente e dei "contatti stretti" (vedere punto 10), l'uso di DPI previsti da parte di tutto il personale che opera nell'assistenza al residente e al nucleo in cui è inserito, l'applicazione della mascherina chirurgica al sospetto e ogni altra misura ritenuta adeguata a confinare il rischio (vedere punto 7.4).

La TF, previa segnalazione del caso, valuta la fattibilità di un isolamento efficace presso la struttura. Nel caso venga appurata l'impossibilità ad effettuare una compartimentazione la TF, d'intesa con la struttura, può disporre il trasferimento del caso verso le RSA Covid individuate dalla Provincia. In caso di trasferimento la struttura inviante prenderà contatto immediato con i familiari fornendo informazioni e chiarimenti.

## **9. Gestione dei residenti confermati Covid-19**

Quando in una struttura Covid-free si presenta il primo caso, deve essere valutata l'opzione di trasferire il residente in un'altra struttura, come misura ordinaria finalizzata a prevenire l'insorgenza di un focolaio Covid. Tale misura, attuata dalla TF, con l'accordo del direttore della RSA di provenienza e di destinazione, anche in relazione a valutazioni per il contenimento del focolaio epidemico di nucleo/struttura, può risultare opportuna per casi numericamente contenuti.

### **9.1 Criteri per identificare i residenti da trasferire**

Il trasferimento va riservato a residenti Covid-19 positivi in fase sintomatica/asintomatica non compartimentabili in settori dedicati.

Per i residenti Covid-19 positivi, a parità di condizioni cliniche, viene data priorità ai soggetti in fase sintomatica, in funzione della loro maggiore contagiosità e del maggior numero di giorni di attesa prima di poter effettuare i tamponi di guarigione per la riammissione nei reparti indenni. Per i

soggetti risultati contatti di caso la priorità va data a coloro che, sotto il profilo clinico, sono in condizioni di tollerare meglio il trasferimento.

In caso di più RSA che si trovino nell'impossibilità di compartimentare, di norma, viene data precedenza alla soluzione che protegga il maggior numero di ospiti possibile. Di norma gli ospiti vengono trasferiti alla RSA Covid più vicina.

## **9.2 Gestione clinica dei casi confermati Covid-19**

Per il trattamento dell'infezione da Covid 19 le RSA seguono quanto previsto dalle procedure di APSS ("Criteri di prescrizione e dispensazione, terapia, posologia e avvertenza" e "Gestione del paziente con infezione da Coronavirus Covid-19 ad utilizzo RSA" e altre procedure aziendali).

La TF garantisce, se richiesto, un supporto/affiancamento ai responsabili sanitari e gestionali della RSA nelle situazioni di particolare criticità clinica e/o assistenziale. La TF, in relazione alle necessità cliniche, si avvale della consulenza/collaborazione di infettivologi e di altri specialisti (ad es. internista, geriatra, pneumologo, ecc.).

## **9.3 Certificazione della guarigione**

Percorso diagnostico [14]:

- soggetto sintomatico: dopo 14 giorni dalla completa remissione dei sintomi vanno effettuati due tamponi consecutivi a 48 ore di distanza.
- soggetto asintomatico: dopo 14 giorni dalla data del tampone positivo vanno effettuati due tamponi consecutivi a 48 ore di distanza.

Qualora uno dei due tamponi risultasse positivo, la procedura va ripetuta dopo 3 giorni fino a quando non si riscontreranno due tamponi consecutivi negativi.

Rientra nella definizione di guarito il soggetto che dopo aver ricevuto una diagnosi di Covid presenta due tamponi negativi consecutivi effettuati a 48 ore di distanza.

Si dichiara guarito anche il soggetto con due tamponi negativi e un test sierologico positivo.

Si considera indenne il soggetto negativo ai tamponi e al test sierologico.

I test sierologici rapidi (riscontro di IgM e IgG) possono fornire informazioni utili a comprendere la "storia di malattia" del residente e vengono effettuati secondo le indicazioni della TF.

## **9.4 Risoluzione del focolaio**

La valutazione della risoluzione del focolaio di nucleo/struttura va effettuata dalla struttura in collaborazione con la TF. In generale, salvo diverse indicazioni specifiche, il focolaio si intende risolto dopo 28 giorni dall'ultimo caso [2].

Tuttavia, anche nel caso in cui fosse dichiarata la risoluzione del focolaio, è essenziale che la struttura continui a garantire il sistematico monitoraggio dello stato di salute dei residenti (e degli operatori) e la tempestiva allerta della TF qualora si presentassero nuovi casi.



## **10. Misure per la gestione dei compagni di stanza e altri contatti stretti di un residente Covid-19**

Sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all'insorgenza dei sintomi nel caso di Covid-19 e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento [1].

Devono essere considerati "contatti stretti" tutti coloro che [1]:

- hanno avuto un contatto fisico diretto con un caso di Covid-19 (per esempio la stretta di mano);
- hanno avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di Covid-19 (ad esempio toccare a mani nude, fazzoletti di carta usati);
- hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di Covid-19, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;
- si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa, stanza) con un caso di Covid-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.
- hanno fornito assistenza diretta ad un caso di Covid-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei.

Qualora si confermi la presenza di un residente con infezione da Covid-19, va effettuata una tempestiva valutazione del rischio di esposizione al caso tra i residenti, gli operatori e gli eventuali visitatori con effettuazione del tampone.

I residenti, contatti stretti di caso, vanno isolati nella stanza/area precedentemente individuata. Va effettuato il tampone nasofaringeo e vanno monitorati almeno due volte al giorno per l'insorgenza di febbre o altri sintomi suggestivi per 14 giorni dall'ultimo contatto con il residente Covid positivo. In presenza di caso possibile/probabile/confermato è comunque opportuna l'effettuazione del tampone nasofaringeo a tutti i residenti indenni di nucleo/struttura.

Per quanto riguarda le misure rivolte agli operatori si vedano l'Allegato 2 e 3.

I visitatori che hanno avuto contatti stretti con il residente Covid positivo vanno contattati immediatamente e dovranno quindi rivolgersi al proprio curante e seguire le indicazioni del caso.

## **11. Monitoraggio dell'implementazione delle misure adottate e delle Linee Guida**

Ciascuna RSA adotta tempestivamente le presenti "Linee Guida per le Residenze Sanitarie Assistenziali" nell'ambito dei propri processi di gestione, valutazione e miglioramento continuo dei servizi erogati. Il Tavolo Covid RSA, periodicamente e/o a richiesta delle parti potrà essere convocato per informazione, verifica e confronto sulle misure adottate dalle RSA, nonché per l'aggiornamento delle presenti Linee Guida. Le parti potranno far pervenire al Tavolo Covid RSA segnalazioni in merito all'applicazione e alla verifica delle Linee Guida e delle misure adottate presso le singole RSA (o altre strutture residenziali socio-sanitarie), per la valutazione tempestiva di eventuali interventi correttivi e/o di sostegno.

Nel monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni contenute nelle Linee Guida viene assicurato un raccordo operativo e di costante confronto tra TF, esperti del Tavolo Covid RSA e rappresentanti

degli enti gestori per la condivisione e la diffusione delle nuove indicazioni scientifiche emergenti, onde migliorarne la possibilità di concreta e omogenea applicazione, anche mediante la diffusione di specifici strumenti di monitoraggio.

Come prospettiva di sviluppo e ottimizzazione va ricordato che per valutare pienamente l'efficacia delle misure adottate è necessario disporre, ai diversi livelli di governo del sistema socio-sanitario (enti gestori, APSS e Provincia) di dati clinici ed epidemiologici affidabili e aggiornati. Sul punto si sottolinea che i più recenti indirizzi europei sulla gestione dell'emergenza Covid specifici per le RSA, evidenziano la necessità di un sistema di sorveglianza e reporting complessivo, informatizzato e calibrato sulle caratteristiche delle residenze sanitarie che possa consentire di integrare e potenziare i flussi informativi e i meccanismi già esistenti di notifica nei confronti dell'autorità sanitaria [2].

A tal fine possono risultare utili e opportuni strumenti informatici e “cruscotti” che permettano una rilevazione continua delle informazioni necessarie e una elaborazione, quanto più possibile, automatizzata degli indicatori richiesti per il monitoraggio clinico e epidemiologico.

## **ALLEGATO 1: Comitato multidisciplinare e referente Covid**

Il comitato multidisciplinare [4] è un team composto da direttore della struttura, coordinatore sanitario, coordinatore dei servizi (infermieristico) e altre figure professionali della RSA (es. referente qualità, risk manager); il team è coordinato da un professionista sanitario in possesso di adeguate competenze in tema di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza. Il comitato si occuperà di supportare, in particolare, la direzione della struttura nel garantire/realizzare [4]:

- il “piano Covid-19” di prevenzione e intervento della struttura e dei servizi;
- la formazione e l'addestramento del personale sull'utilizzo dei DPI, sulle procedure per la disinfezione ambientale, sulla corretta igiene delle mani e sull'isolamento dei residenti sospetti o confermati Covid-19;
- la dotazione e la procedura per un costante approvvigionamento, di un numero sufficiente di DPI in relazione al numero di posti letto e di operatori; in particolare, devono essere effettuate stime adeguate circa le quantità necessarie di mascherine chirurgiche, filtranti facciali FFP2 e FFP3, guanti, camici monouso, protezioni oculari, disinfettanti e soluzione idroalcolica;
- le modalità da implementare per la ricerca attiva di potenziali casi tra i residenti e tra gli operatori e, in base alle disposizioni vigenti, le restrizioni dall'attività lavorativa degli operatori sospetti o risultati positivi al test per SARS-Cov-2;
- la definizione dei criteri per suddividere la struttura in aree operative separate (un nucleo o reparto, un piano anche con barriere fisiche mobili);
- la riorganizzazione delle attività di animazione e fisioterapia che dovranno essere realizzate all'interno delle aree operative;
- l'aggiornamento dei piani di continuità operativa, se i membri del personale si dovessero ammalare o auto isolarsi perché sintomatici;
- l'individuazione di un'area della struttura (ad esempio un nucleo o un piano) separata e dotata, se possibile, di propria porta di accesso che possa rimanere chiusa, da adibire all'isolamento dei residenti nel caso dovessero presentarsi contemporaneamente più casi sospetti/probabili/confermati;
- la predisposizione e la tenuta di un registro nel quale annotare il personale che si occupa dei casi. Il rischio deve essere valutato in modo individualizzato, ma in generale la normale attività lavorativa può continuare e dovrà essere garantita una sorveglianza sanitaria per rilevare precocemente la comparsa dei sintomi;
- il monitoraggio delle fonti di salute pubblica locali, regionali e nazionali per conoscere l'evoluzione dell'epidemia nel proprio territorio;
- le modalità per informare i residenti delle ragioni dei cambiamenti nella routine abituale, evitando l'eccesso di notizie, che potrebbero ingenerare sentimenti angoscianti;
- le modalità e gli strumenti necessari per garantire la comunicazione tra residenti e familiari nell'impossibilità che questi ultimi possano accedere alla struttura;
- le modalità, le attività e gli strumenti necessari per sostenere psicologicamente e spiritualmente i residenti, evitando il più possibile che la preoccupazione, quando non la

paura, per il possibile contagio proprio e dei familiari sia l'unico pensiero o comunque assuma forme ricorrenti e angoscianti; una particolare attenzione deve essere riservata alle persone con demenza: l'impatto emotivo dell'isolamento, l'uso dei DPI da parte del personale, le modifiche della routine, il cambio di stanza, la mancanza delle visite dei propri familiari possono scatenare reazioni traumatiche.

Il comitato multidisciplinare può essere individuato anche in comune tra più strutture (in particolare per RSA di piccole dimensioni). Il comitato opera in stretto raccordo con il Comitato per la sorveglianza e il controllo delle infezioni correlate ai processi assistenziali di APSS.

Al fine di supportare il datore di lavoro nelle attività di prevenzione del rischio correlato a Covid-19 la struttura nomina il referente Covid<sup>9</sup>. In relazione alla complessità organizzativa, il datore di lavoro individua tale figura fra i soggetti che presentano competenze in materia di salute e sicurezza ai sensi del D.Lgs. 81/08. Il referente Covid opera in sinergia con il comitato multidisciplinare e rappresenta, per quanto di competenza, un punto di contatto con le strutture del Servizio sanitario provinciale (es. UOPSAL, Igiene Pubblica territoriale, ecc) con il compito di supportare il datore di lavoro (al quale rimangono in capo le relative responsabilità) nelle attività di prevenzione del rischio Covid.

Il referente Covid deve essere adeguatamente formato, anche seguendo i corsi FAD dell'ISS sulla piattaforma EDUISS, e fare riferimento a documenti sulla prevenzione e controllo di Covid-19 dell'ISS. In ogni caso deve frequentare specifico corso di formazione curato da UOPSAL i cui contenuti riguarderanno i seguenti argomenti:

- conoscenza dei protocolli nazionali e provinciali e definizione di misure di sicurezza per il controllo del rischio Covid-19;
- modalità di sensibilizzazione, informazione e formazione del personale in merito al punto precedente;
- modalità di monitoraggio del rispetto delle misure di prevenzione e protezione e in generale del proprio sistema di gestione Covid-19.

Il corso si concluderà con relativa prova di valutazione a seguito del quale sarà rilasciata apposita attestazione che servirà per costituire un'anagrafe dedicata. Al referente Covid vengono affidati i seguenti compiti:

- supporto alla direzione della struttura nella definizione dei piani, dei protocolli e delle misure di prevenzione per il controllo del rischio Covid-19;
- sensibilizzazione, informazione e formazione del personale, verifica del rispetto di quanto previsto dal proprio sistema di gestione Covid-19.

Nell'individuazione del referente ed in relazione alle misure di prevenzione intraprese deve essere consultato e informato il RLS. La nomina del referente Covid deve essere comunicata alle rappresentanze dei lavoratori. Il referente Covid opera in stretta collaborazione con il RLS, nonché con le altre figure di riferimento in tema di sicurezza (RSPP, MC).

---

<sup>9</sup> Si evidenzia che attualmente il referente Covid- 19 fa parte di una raccomandazione contenuta nell'Ordinanza del Presidente della Provincia del 15 aprile 2020.

## **ALLEGATO 2: Prevenzione, protezione e sorveglianza del personale**

### **2.1 Sorveglianza sanitaria**

In merito, si rileva che diversi interventi tecnico-organizzativi che già nell'ordinarietà contribuiscono al mantenimento al lavoro di soggetti cosiddetti "fragili" [15], a maggior ragione in questo periodo emergenziale, vanno potenziati in termini di efficacia ed è raccomandabile che la sorveglianza sanitaria ponga particolare attenzione ai soggetti fragili e/o con patologie croniche e anche in relazione all'età: persone di età superiore ai 55 anni. Nei confronti degli operatori ultracinquantacinquenni, a prescindere dall'idoneità lavorativa, dovrà essere prevista la "sorveglianza sanitaria eccezionale" anche attraverso una visita a richiesta [3]. Va posta particolare attenzione alla collocazione lavorativa in primo luogo per quelle situazioni in cui possano sussistere particolari condizioni di rischio anche legate al Covid-19. Gli stessi soggetti in presenza di condizioni sanitarie che possono rappresentare fattori di maggiore suscettibilità nei confronti del SARS-Cov-2 dovranno invece essere valutati in relazione al rischio lavorativo della mansione svolta con attenzione alla possibilità di esprimere un giudizio di "inidoneità temporanea" o limitazioni dell'idoneità per un periodo adeguato, con attenta rivalutazione alla scadenza dello stesso [3]<sup>10</sup>. La sorveglianza sanitaria dei lavoratori e le misure di tutela disposte nei confronti dei soggetti "fragili" vengono attuate in aderenza a indirizzi e criteri per la gestione dell'emergenza Covid-19 nelle aziende approvati e aggiornati periodicamente dal Comitato provinciale di Coordinamento in materia di Salute e Sicurezza sul Lavoro della Provincia autonoma di Trento.

### **2.2 Comportamenti e DPI**

È necessario sensibilizzare il personale sulla necessità di osservare scrupolosamente le disposizioni in materia di contenimento del contagio previste dai provvedimenti in vigore, con particolare riferimento all'impiego sia all'interno dell'ambiente di lavoro che negli spostamenti da e per il domicilio, degli idonei DPI, nonché di gel o altra soluzione igienizzante e delle misure di distanziamento sociale. È opportuno documentare la presa d'atto di ogni dipendente di questi criteri e verificare la sua effettiva comprensione dei comportamenti da adottare in caso di segni/sintomi suggestivi di infezione respiratoria.

Si richiamano il referente Covid, l'equipe multidisciplinare e il responsabile del Servizio di prevenzione e protezione a valutare, in raccordo con il MC, la corretta dotazione e modalità di utilizzo dei dispositivi di protezione per il personale impegnato nell'assistenza, in relazione alle caratteristiche della struttura, degli ospiti e ai profili di rischio.

Alla luce delle conoscenze scientifiche attualmente disponibili e delle principali modalità di trasmissione di questa malattia (contatto e droplet), è opportuno ricordare che le mascherine chirurgiche (dispositivi medici opportunamente certificati e preferibilmente del tipo IIR o equivalente), in grado di proteggere l'operatore che le indossa da schizzi e spruzzi, rappresentano una protezione sufficiente nella maggior parte dei casi [11] e sono strumenti di lavoro, al pari della divisa, messi a disposizione di tutti gli operatori che operano normalmente sui residenti. Tuttavia, a

---

<sup>10</sup> Si rinvia in particolare a quanto previsto al punto 8 - Gestione dei lavoratori "fragili" - del Vademecum del Comitato prov coord SSL 24,25,26 aprile 2020 - REV.2 – approvazione 26 aprile 2020.

massima tutela della salute degli operatori, si raccomanda di garantire sempre un adeguato livello di protezione respiratoria per gli operatori sanitari esposti a più elevato rischio professionale.

L'attività assistenziale prolungata e/o continuata con residenti sospetti/probabili/confermati, è considerata a maggiore rischio, e come tale, è necessario l'uso dei filtranti facciali FFP2/FFP3 e va pertanto effettuata una costante valutazione del rischio della struttura, effettuata dal datore di lavoro con la collaborazione di RSPP, MC e referente Covid. Si raccomanda, inoltre, di utilizzare il filtrante facciale quando si eseguono procedure in grado di produrre aerosol delle secrezioni come la nebulizzazione di farmaci, l'induzione della tosse o dell'espettorato, l'aspirazione delle secrezioni in una persona che non è in grado di espettorare efficacemente da sola, procedure correlate alla tracheotomia/tracheostomia, l'effettuazione di tamponi<sup>11</sup>.

La RSA si assicura che tutti i lavoratori che operano nella struttura, incluso il personale inviato da altre RSA e/o società cooperative e/o altri soggetti pubblici e privati, personale volontario, personale degli appalti, lavoratori socialmente utili, liberi professionisti, abbiano in dotazione i medesimi DPI garantiti ai dipendenti diretti.

La prescrizione sulla dotazione e modalità di utilizzo dei dispositivi di protezione "in relazione alle caratteristiche della struttura" deve in ogni caso salvaguardare, nei casi di particolare difficoltà nell'individuazione di percorsi e/o spazi efficacemente separati tra "sporco" e "pulito", l'adozione dei dispositivi di maggiore protezione: guanti, filtranti facciali FFP2, occhiali di protezione/visiera, grembiule/camicia monouso (possibilmente idrorepellente) e copricapo.

Per ogni altra situazione non esplicitamente descritta nelle presenti Linee Guida si rinvia a quanto definito nei citati documenti e relativi aggiornamenti dell'ISS.

### **2.3 Gestione di casi e contatti tra il personale**

Gestione di persone con sintomi suggestivi per infezione da Covid-19 o di contatto stretto con caso confermato di Covid-19:

#### Operatore sintomatico

Gli operatori sintomatici per patologia respiratoria o in presenza di sintomi suggestivi dell'infezione da Covid-19, anche lievi, o con temperatura  $>37,5^{\circ}\text{C}$  devono astenersi dalle attività lavorative e essere immediatamente sottoposti a tampone naso-faringeo per la ricerca di SARS-Cov-2. A questo proposito, qualora l'operatore diventi sintomatico durante l'attività lavorativa, è necessario che in struttura sia disponibile una minima dotazione di tamponi e che ci sia almeno un operatore in grado di eseguirlo.

Qualora l'operatore diventi sintomatico al di fuori dell'attività lavorativa, esso deve informare prontamente la struttura e rivolgersi al proprio medico curante. Fino alla risposta del tampone deve restare in isolamento domiciliare come caso sospetto.

#### Operatore contatto stretto di caso

Si precisa che:

---

<sup>11</sup> Per tutte le indicazioni aggiornate sui DPI si rimanda ai documenti prodotti dall'ISS [14].

- l'operatore impegnato nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di Covid-19 non è da considerarsi "contatto" quando l'attività assistenziale viene condotta con l'utilizzo completo e corretto dei DPI;
- se il contatto con il caso sospetto o confermato è avvenuto in ambito extra-lavorativo, si deve procedere all'isolamento per 14 giorni e il rientro al lavoro avviene in presenza di doppio tampone negativo.

Il caso va segnalato all'Igiene Pubblica territoriale a cui compete l'indagine epidemiologica e la sorveglianza del soggetto.

## Gestione dei contatti

Operatore “contatto” di un residente o altro operatore RSA con utilizzo completo e corretto dei DPI <sup>12</sup>	<ul style="list-style-type: none"><li>- L’attività lavorativa può proseguire</li><li>- Se presenti sintomi, sospendere l’attività lavorativa ed effettuare il tampone</li><li>- Se non presenti sintomi, dopo cinque giorni dal contatto effettuare comunque il tampone</li></ul>	
Operatore “contatto” di caso in ambito extra-lavorativo (senza DPI)	Asintomatico: <ul style="list-style-type: none"><li>- Rimanere in isolamento per 14 giorni</li><li>- Prima del rientro in servizio, effettuare due tamponi (in 15-esima e 17-esima giornata)</li></ul>	- Il rientro al lavoro del personale positivo al tampone avviene in presenza di doppio tampone negativo <sup>13</sup>
	Sintomatico: <ul style="list-style-type: none"><li>- Dopo 14 giorni, alla risoluzione della sintomatologia clinica associata all’infezione Covid-19, effettuare il primo tampone e, se negativo, dopo 48 ore il secondo</li></ul>	

### Isolamento domiciliare

Nel corso dell’indagine epidemiologica da parte dell’Igiene Pubblica viene verificata la possibilità di corretto isolamento del soggetto positivo nei confronti degli altri soggetti conviventi. Qualora ciò non sia attuabile si deve proporre all’operatore di usufruire di alloggi a tal fine dedicati.

### Rientro al lavoro

In caso di assenza dal lavoro per malattia non Covid-19 correlata, per ferie o aspettative di durata di almeno due settimane o di una nuova assunzione/trasferimento, si richiede, prima del rientro, l’esecuzione di un tampone nasofaringeo per la ricerca di SARS-Cov-2. Dopo cinque giorni dal rientro il soggetto effettua un nuovo tampone, qualora sia necessario (ovvero l’operatore non sia già oggetto di procedure di screening periodico come da Allegato 3).

### Redazione del certificato INAIL

Per chi va fatta:

---

12 Questi soggetti non sono contatti stretti (vedere punto 10), ma si ritiene comunque opportuno adottare delle precauzioni.

13 Se uno dei tamponi dovesse risultare positivo la procedura deve essere ripetuta dopo 3 giorni (due tamponi a distanza di 48 ore).



si deve redigere la denuncia d'infortunio sul lavoro nei confronti dei lavoratori:

- che risultano affetti da coronavirus (SARS-Cov-2);
- appartenenti a categorie per le quali INAIL presume vi sia un rischio professionale in relazione all'epidemia: non solo gli operatori sanitari, ma quanti condividono la condizione di elevato rischio, quindi, a titolo esemplificativo: lavoratori in front-office, personale non sanitario operante all'interno della struttura con mansioni tecniche, di supporto, di pulizie, ecc.

Quando va fatta: la certificazione ad INAIL viene effettuata alla conferma diagnostica del caso.

Il caso sospetto inizia l'iter diagnostico avvalendosi di certificazione di malattia emessa dal proprio medico curante. Se il tampone è positivo, il MMG redige certificazione di infortunio INAIL. Se il dipendente si reca spontaneamente in PS e esegue lì l'iter diagnostico, la denuncia INAIL potrà essere fatta dal PS purché sussista la conferma diagnostica del caso. Se invece il dipendente viene re-inviato a domicilio in attesa dei referti, la segnalazione INAIL verrà effettuata dal MMG una volta ricevuta la conferma diagnostica.

### **ALLEGATO 3: Tamponi di screening e test sierologici per il personale delle RSA**

Lo screening degli operatori effettuato con test molecolare (metodo Real Time PCR per la ricerca degli antigeni di SARS-Cov-2) su tamponi rappresenta allo stato attuale lo strumento maggiormente adatto a individuare eventuali positività Covid che dovessero insorgere tra gli operatori consentendo così di mettere in atto le necessarie misure di prevenzione e contenimento del contagio in RSA.

Nell'odierna fase pandemica si evidenzia, in particolare, la necessità di testare regolarmente e frequentemente tutti gli operatori delle RSA [2]. Anche eventuali altre persone che accedono regolarmente alla struttura devono sottoporsi allo screening.

Per effettuare lo screening del personale delle RSA, l'APSS pianifica, realizza e comunica periodicamente, alle RSA, alle rappresentanze dei lavoratori e al Tavolo Covid RSA, strategia e protocollo di screening, indicando target (tipologia di operatori/lavoratori coinvolti e struttura) e modalità/periodicità di effettuazione del tampone nasofaringeo.

Allo stato attuale, si propone il seguente schema di massima effettuazione dei tamponi nasofaringei. In relazione all'evoluzione delle conoscenze scientifiche e dell'epidemia potranno essere individuati ulteriori specifici profili di rischio e target dello screening.

Altresì, fermo restando l'attuale valore sperimentale e di monitoraggio epidemiologico, si riporta anche l'indicazione per l'effettuazione dei test sierologici (standard per la ricerca di anticorpi IgM e IgG verso SARS-Cov-2), da attuare nel rispetto delle linee di implementazione stabilite da APSS.

<b>TARGET</b>	<b>TAMPONI DI SCREENING</b>	<b>TEST SIEROLOGICI</b>
<u>Tutti gli operatori</u>	Ogni 7-14 giorni [2]	Dopo monitoraggio iniziale, con periodicità definita anche in relazione all'evoluzione delle conoscenze sul valore dell'indagine e all'andamento della pandemia Covid-19

Si precisa che i test sierologici, secondo le indicazioni dell'OMS, non sostituiscono il test diagnostico molecolare su tampone, tuttavia possono fornire dati epidemiologici molto utili per le decisioni di sanità pubblica riguardo la circolazione virale nella popolazione anche lavorativa. Circa l'utilizzo dei test sierologici nell'ambito della sorveglianza sanitaria per l'espressione del giudizio di idoneità, allo stato attuale, quelli disponibili non sono caratterizzati da una sufficiente validità per tale scopo. In ragione di ciò, non emergono indicazioni al loro utilizzo per finalità sia diagnostiche che prognostiche nei contesti occupazionali, né tantomeno per determinare l'idoneità del singolo lavoratore [15].

## ALLEGATO 4: Flow chart

### Misure generali di carattere organizzativo

- Istituzione del Comitato multidisciplinare interno e identificare un referente per la prevenzione e il controllo di Covid-19
- Predisposizione del «piano Covid-19» di prevenzione e intervento
- Garanzia del flusso informativo verso APSS
- Predisposizione di un elenco costantemente aggiornato per la raccolta di informazioni su residenti e personale
- Mantenimento delle comunicazioni con operatori, residenti e familiari/*caregiver*
- Rafforzamento di tutte le misure volte alla prevenzione e al controllo della diffusione dell'infezione da Covid-19
- Predisposizione di un programma di medicina occupazionale in collaborazione con il medico competente
- Aggiornamento e integrazione del DVR
- Definizione di procedure di gestione del *post-mortem* di residenti con infezione da Covid-19
- Pianificazione della formazione del personale

### Misure da adottare per prevenire l'ingresso di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19 in RSA

#### RESIDENTI (GIÀ INSERITI IN STRUTTURA)

- Con doppio tampone negativo, il periodo di quarantena è previsto presso la RSA di provenienza
- Con tampone ancora positivo, è previsto il trasferimento presso la RSA Covid

#### RESIDENTI (NUOVI INGRESSI)

- Ingresso consentito in RSA solo dopo isolamento e sorveglianza di 14 giorni presso le RSA di "transito" e effettuazione di tampone

#### VISITATORI ESTERNI

- Divieto di ingresso salvo casi particolari autorizzati dalla struttura
- Predisposizione del registro degli accessi
- Visitatori eccezionalmente autorizzati: controllo TC, questionario anamnestico, indicazioni comportamentali, DPI

#### FORNITORI, MANUTENTORI E ALTRI OPERATORI

- Screening all'ingresso e rilevazione TC
- Indicazioni comportamentali, DPI

### Sorveglianza attiva e identificazione precoce di casi sospetti COVID-19

#### RESIDENTI

- Effettuare un attento monitoraggio clinico quotidiano di tutti i residenti alla ricerca di sintomi tipici e atipici di insorgenza dell'infezione da Covid-19
- Rilevare la temperatura corporea, la saturazione e la frequenza respiratoria due volte al giorno
- Intensificare il monitoraggio sull'insorgenza di segni/sintomi e la rilevazione dei parametri tra i residenti "contatto" di caso
- Effettuare lo screening periodico con tampone nasofaringeo e/o test sierologici, secondo le indicazioni di APSS

#### PERSONALE

- Promuovere la sensibilizzazione e responsabilizzazione degli operatori per il monitoraggio del proprio stato di salute
- Effettuare il triage all'ingresso
- Allontanare immediatamente dalla struttura in caso di insorgenza di segni/sintomi durante il turno di lavoro

**Preparazione della struttura per la gestione dei casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19**

- Predisposizione in aree comuni e ingressi di poster informativi, distributori di soluzione idroalcolica per l'igiene delle mani
- Programmazione dell'approvvigionamento dei DPI e di altri dispositivi e prodotti necessari
- Revisione e aggiornamento del piano delle pulizie
- Identificazione delle aree di isolamento e dei percorsi; implementazione delle procedure da adottare

**Gestione del residente sospetto**

- Organizzazione degli spazi e delle attività in piccoli gruppi e opportuno distanziamento per residenti
- Riorganizzazione degli spazi comuni e della possibilità di fruirne
- Gestione degli operatori in piccole equipe

**Gestione del residente confermato Covid-19**

- Isolamento immediato e messa in atto di tutte le misure previste per la minimizzazione del rischio di contagio
- Percorso diagnostico
- Segnalazione alla Task Force RSA
- Valutazione della necessità di trasferimento

- Valutazione del rischio di esposizione al caso di altri residenti e operatori
- Valutazione del trasferimento presso RSA Covid
- Trattamento sintomatico e di supporto sotto la guida del medico della struttura e delle indicazioni fornite da APSS, possibilità di consulto con la Task Force RSA per supporto nella gestione clinica
- Dopo 14 giorni di assenza dei sintomi, inizio del percorso diagnostico per la certificazione di guarigione

**Monitoraggio quotidiano e flussi informativi**

- Aggiornamento del registro di residenti e operatori sospetti/probabili/confermati Covid-19
- Invio del flusso informativo richiesto da APSS
- Contatti con tutto il personale, residenti e familiari/caregiver

**Monitoraggio dell'implementazione delle misure adottate**

- Revisione periodica e valutazione sulla gestione dell'epidemia
- Valutazione della risoluzione del focolaio interno qualora non si verificassero più nuovi casi tra i residenti dopo 28 giorni, in collaborazione con Task Force RSA

## Riferimenti bibliografici

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – Covid-19. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-Cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie. Versione del 17 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS Covid-19, n.4/2020 Rev.)
1. a. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza Covid-19. Indicazioni ad interim per la gestione dello stress lavoro-correlato negli operatori sanitari e socio-sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-Cov-2 . Versione del 7 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.22/2020).
2. ECDC European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance of COVID-19 at long-term care facilities in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2020.
3. Documento Tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-Cov-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione”. Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro. Aprile 2020.
4. Prevenzione e gestione nelle residenze sociosanitarie per anziani, APRIRE Network, aggiornamento del 13 aprile 2020.
5. Ordinanza del Presidente della Provincia autonoma di Trento del 15 aprile 2020.
6. Checklist per le strutture socio-sanitarie per autovalutazione monitoraggio azioni. Regione Toscana. [www.regionetoscana.it/Covid](http://www.regionetoscana.it/Covid)
7. Deliberazione della Giunta provinciale n. 520 del 24 aprile 2020. Disposizioni in merito alle strutture sociosanitarie area anziani (RSA e Centri diurni) a seguito dell'emergenza Coronavirus.
8. Determinazione n. 108 del 9 aprile 2020 adottata dal Dirigente del Dipartimento Salute e politiche sociali. Potenziamento della rete territoriale RSA per la gestione dell'emergenza Covid-19.
9. Circolare dell'Azienda Provinciale per i servizi Sanitari. Monitoraggio degli ospiti e degli operatori nelle RSA. Aggiornamento del 30 aprile 2020.
10. Indicazioni per la sanificazione degli ambienti interni per prevenire la trasmissione di SARS-Cov-2. Versione dell'8 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020).
11. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-Cov-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da Covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-Cov-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.2/ 2020 Rev. 2).
12. Guidance for preventing and controlling COVID-19 outbreaks in New Zealand aged residential care. Health Quality & Safety Commission to support the prevention and control of COVID-19 outbreaks in aged residential care (ARC) facilities in New Zealand.
13. Guidelines for Residential Care Homes for the Elderly or Persons with Disabilities for the Prevention of Coronavirus disease (COVID-19), Centre for Health Protection, Department of Health, Hong Kong, 17 aprile 2020.
14. Circolare dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari. Percorso diagnostico per la certificazione della guarigione. Aggiornamento del 30 aprile 2020.
15. Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-Cov-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività”, Ministero della Salute 29 aprile 2020.