COVID-19. Le norme nazionali per le strutture residenziali per anziani

Il contributo di Franco Pesaresi offre una ricostruzione del quadro normativo e degli indirizzi nazionali forniti alle strutture residenziali per anziani per affrontare l'emergenza COVID-19.

Di Franco Pesaresi *(Direttore ASP "Ambito 9" Jesi, Ancona, e Network Non Autosufficienza)*

La pandemia di COVID-19 in Italia ha avuto le sue manifestazioni epidemiche iniziali il 31 gennaio 2020, quando due turisti provenienti dalla Cina sono risultati positivi al virus SARS-CoV-2 a Roma. Un focolaio di infezioni di COVID-19 è stato successivamente rilevato il 21 febbraio 2020 a partire da 16 casi confermati in Lombardia, a Codogno, in provincia di Lodi.

Le prime misure urgenti per evitare la diffusione del COVID-19 sono state approvate con il D.L. n.6 del 23/2/2020. Le misure sono rivolte essenzialmente alla popolazione e non vi sono provvedimenti che coinvolgono le strutture residenziali per anziani.

Le prime norme correlate al COVID-19 che riguardano le strutture residenziali per anziani compaiono nel DPCM dell'8 marzo 2020 a cui faranno poi seguito altri indirizzi e norme contenuti in tre circolari e, per ultimo, in un decreto ministeriale del 30 aprile 2020 (tabella 1).

Atto normativo	Data	Contenuti
Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri	8/3/2020	Accesso dei parenti limitato a quelli autorizzati dalla direzione sanitaria.
Circolare del Ministero della Salute n. 11715	25/3/2020	Potenziamento e formazione del personale delle RSA; Tamponi e DPI per il personale; stretto monitoraggio assistiti; strutture dedicate per i pazienti COVID-19.
Circolare del Ministero della Salute n. 7865	3/4/2020	Priorità per i tamponi diagnostici per gli ospiti e gli operatori delle strutture residenziali per anziani.
Circolare del Ministero della Salute n. 13468	18/4/2020	Indicazioni di dettaglio per ridurre i rischi di contagio e per gestire gli anziani con COVID-19.
Decreto del Ministro della Salute	30/4/2020	Definizione degli indicatori (opzionali per le strutture residenziali) per il monitoraggio dell'epidemia.

Tabella 1 – Norme e indirizzi nazionali correlati al COVID-19 riguardanti le strutture residenziali per anziani

Il DPCM dell'8/3/2020

La prima importantissima norma arriva con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020 (art. 2) che stabilisce che *"l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla*

direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione”.

Sono già passati 16 giorni dai primi casi italiani di infezioni. In questo periodo alcune strutture avevano già preso provvedimenti in questo senso, altre avevano ridotto la possibilità di accesso alle strutture ed altre ancora avevano continuato l’attività senza restrizioni significative della possibilità di accesso alle strutture. La norma finalmente forniva un punto di riferimento importante ma, purtroppo , arrivava tardi dato che la chiusura alle visite stabilita l’8 di marzo, per effetto dei tempi di infezione e incubazione, ha prodotto effetti sugli ospiti delle strutture fino alle due settimane successive.

Il DPCM, inoltre, stabilisce che l’accesso di parenti e visitatori alle strutture residenziali per anziani è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura[1]. Questa formulazione pone un problema che si riproporrà in tutti gli atti successivi che riconducono tutte le diverse strutture residenziali per anziani alla sola tipologia delle RSA.
Secondo il quadro normativo nazionale[2], che le regioni hanno variamente interpretato, le strutture residenziali per anziani sono invece riconducibili ad almeno 4 tipologie che sono caratterizzate dalla diversa tipologia di ospiti e dalla diversa dotazione di strutture, organizzazione e personale (tabella 2).

Codice e denominazione	Prestazione	Strutture tipiche	Standard assistenziali*
R2 Unità d'offerta Residenziali Estensive	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali Estensive a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad esempio: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.).	RSA	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo; Infermiere h 24; Assistenza globale > 140 min.; Assistenza infermieristica > 45 min.
R2D Unità d'offerta Residenziale a persone con demenza senile	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziale a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente «protesico».	RSA demenze; Nuclei Alzheimer RSA	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo; Infermiere h 12; Assistenza globale > 140 min.; Assistenza infermieristica > 36 min.
R3 Unità d'offerta Residenziali di mantenimento	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità d'offerta residenziale di Mantenimento).	Residenze protette; Case protette	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo; Infermiere h 8; Assistenza globale > 100 min.; Assistenza infermieristica > 20 min.
Case di riposo ed altre strutture per anziani autosufficienti	Strutture residenziali comunitarie per anziani autosufficienti.	Case di riposo ed altre strutture per anziani autosufficienti	"eventuali prestazioni sanitarie programmate in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza ospitata assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio" (DM 308/2001)

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali Decreto 17/12/2008; Decreto Ministro Solidarietà sociale n. 308 del 21/5/2001.

Note: *Per Guardia Medica h 24, si intende la presenza del medico su 24 ore nella struttura nel suo insieme. L'assistenza indicata come copertura oraria (h.) è riferita alle ore di copertura per nucleo. L'assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti, per nucleo, per ospite (tot minuti / 20); la specifica "assistenza infermieristica" è un "di cui".

Tabella 2 –Classificazione delle strutture residenziali per anziani non autosufficienti

A proposito della direzione sanitaria citata dalla normativa occorre precisare che le RSA, in effetti, hanno una direzione sanitaria ma tutte le altre strutture per anziani (residenze protette, case di riposo, case protette, ecc.) che costituiscono la maggioranza dei posti letto non hanno una direzione sanitaria perché la normativa non la prevede. Per tutte queste strutture, chi deve prendere la decisione di ammettere o meno i parenti, il MMG dell'ospite o la direzione amministrativa della struttura?

La circolare del Ministero della Salute del 25/3/2020

Il 25/3/2020 il Ministero della Salute ha aggiornato con una nuova circolare le linee di indirizzo organizzative dei servizi in corso di emergenza COVID-19 fornendo indicazioni organizzative anche per i servizi territoriali.
Il Ministero, attraverso la circolare, esprime la consapevolezza della necessità di iniziative immediate di carattere straordinario ed urgente, a livello territoriale, così da contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, sia al fine di contenere la diffusione del contagio, sia con funzione di filtro, necessario a frenare l'afflusso negli ospedali. La circolare si concentra su due aspetti:

a. La presa in carico territoriale dei pazienti COVID-19 (che non viene trattata in questo articolo);
b. Le Residenze sanitarie assistite (RSA).

Nel paragrafo dedicato alle RSA i messaggi importanti sono cinque:

1. **Attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio delle RSA ed il rafforzamento dei setting assistenziali**. La circolare comprende l'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio nonché il rafforzamento dei setting assistenziali.
2. **Identificare delle strutture residenziali ove trasferire i pazienti COVID-19**. Nelle RSA alberga la popolazione più fragile ed esposta al maggior rischio di complicanze fatali associate all'infezione da COVID-19 e considerata l'esperienza delle Regioni precocemente colpite dalla pandemia, è necessario che le regioni identifichino prioritariamente strutture residenziali assistenziali dedicate ove trasferire i pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, per evitare il diffondersi del contagio e potenziare il relativo setting assistenziale.
3. **Formazione del personale delle RSA**. Dovranno essere previsti percorsi formativi e di prevenzione specifica per tutto il personale delle RSA. É di fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale siano opportunamente formati e aggiornati in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19.
4. **Potenziamento del personale in servizio**. É indispensabile potenziare il personale in servizio presso le strutture, anche attraverso i meccanismi di reclutamento straordinario già attivato per le strutture di ricovero ospedaliero, nonché la possibilità di ricorrere a personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari.
5. **Effettuare in maniera sistematica tamponi e fornitura dei DPI**. É indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell'infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale. Occorre, altresì, garantire la continuità dei servizi di mensa, lavanderia, pulizie e servizi connessi, estendendo anche a questi operatori le misure mirate a definire una eventuale infezione da SARS-CoV-2.

La circolare fornisce indicazioni essenzialmente alle regioni ma certo il richiamo alla formazione del personale coinvolge direttamente anche tutte le strutture. Alcune formulazioni della circolare suscitano però una serie di riflessioni e soprattutto interrogativi. La circolare continua a rivolgersi esclusivamente ed esplicitamente alle sole RSA (residenze sanitarie assistenziali) pur essendo queste i gestori della minoranza dei posti letto di tutte le strutture residenziali per anziani che sono parimenti coinvolte dall'emergenza COVID-19. Si potrebbe logicamente supporre che le indicazioni valgano anche per le altre strutture ma taluni passaggi come quello relativo alle direzioni sanitarie delle strutture chiariscono che la circolare del Ministero, a meno di una clamorosa superficialità, proprio alle RSA intende riferirsi.

La circolare sottolinea la necessità di potenziare il personale in servizio (in altre parti si parla di "rafforzamento dei setting assistenziali") e lo fa ipotizzando che le RSA siano dipendenti (o di proprietà) dalle aziende sanitarie o dalle regioni. In questo senso va letto il richiamo all'utilizzo di procedure di reclutamento straordinario già attivato per le strutture di ricovero ospedaliero, nonché la possibilità di ricorrere a personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari che, in genere, appartengono ad altri enti e soggetti. In realtà, le RSA e le altre strutture residenziali per anziani sono in grande

maggioranza di proprietà privata (profit e no profit) e la quota detenuta dalle aziende sanitarie è inferiore al 5%. Per cui la quasi totalità delle strutture non può accedere alle procedure di reclutamento straordinario già attivate per le strutture di ricovero ospedaliero e non può disporre del personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari perché, in gran parte, afferisce ad altri soggetti pubblici e privati. Ma se è condivisibile che le strutture debbano potenziare il personale a disposizione nel caso di presenza di casi COVID-19 andava chiarito da chi dovesse essere fornito questo personale. La questione non è scontata. Le strutture per anziani, quando sono convenzionate, sono tenute a fornire un determinato livello di personale. Ne possono fornire di più ma devono essere i loro committenti a chiederglielo. Per altro, è altrettanto verosimile che il personale sanitario aggiuntivo possa essere fornito, in emergenza, dalle aziende sanitarie stante il maggior bisogno sanitario degli ospiti delle strutture (che potrebbe esulare dalle loro competenze) e dalla maggior velocità delle aziende sanitarie nel reperimento di personale rispetto ad una struttura residenziale per anziani. Tutta questa partita è quindi rimessa nelle mani delle regioni senza un indirizzo nazionale chiaro.

La circolare del Ministero della Salute del 3/4/2020

La circolare del Ministero della Sanità del 3/4/2020 si occupa dei test diagnostici per rilevare la positività al COVID-19. La circolare dispone che l'esecuzione del test diagnostico va riservata prioritariamente ai casi clinici sintomatici/paucisintomatici e ai contatti a rischio familiari e/o residenziali sintomatici, focalizzando l'identificazione dei contatti a rischio nelle 48 ore precedenti all'inizio della sintomatologia del caso positivo o clinicamente sospetto. Per garantire la sua efficacia nella strategia di ricerca dei casi e dei contatti, l'esecuzione del test deve essere tempestiva.

Gli estensori della circolare ministeriale sono consapevoli delle difficoltà di accesso ai tamponi diagnostici per cui precisano che in caso di necessità, ad esempio per carenza di reagenti, sovraccarico lavorativo del personale di laboratorio o altro, si raccomanda di applicare, nell'effettuazione dei test diagnostici, i criteri di priorità di seguito riportati:

- pazienti ospedalizzati con infezione acuta respiratoria grave (SARI), al fine di fornire indicazioni sulla gestione clinica;
- **tutti i casi di infezione respiratoria acuta** ospedalizzati o **ricoverati nelle residenze sanitarie assistenziali e nelle altre strutture di lunga degenza**, in considerazione del fatto che ivi risiedono i soggetti esposti al maggior rischio di sviluppare quadri gravi o fatali di COVID-19. Sulla base delle risultanze vengono adottate misure di controllo delle infezioni adeguate e DPI appropriati per proteggere sia le persone vulnerabili che il personale dedicato all'assistenza;
- operatori sanitari esposti a maggior rischio per tutelare gli operatori sanitari e ridurre il rischio di trasmissione nosocomiale; **operatori** dei servizi pubblici essenziali sintomatici, anche affetti da lieve sintomatologia per decidere l'eventuale sospensione dal lavoro; operatori, anche asintomatici, delle **RSA e altre strutture residenziali per anziani**;
- persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili, come persone anziane con comorbidità quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione con segni di malattia acuta respiratoria, che possono richiedere ospedalizzazione e cure ad alta intensità per COVID-19; ivi incluse le persone vulnerabili, quali **le persone che risiedono in residenze per anziani**, dovrebbero essere particolarmente fatti oggetto di attenzione;
- primi individui sintomatici all'interno di **comunità chiuse** per identificare rapidamente i focolai e garantire misure di contenimento. Se la capacità di esecuzione dei test è limitata, tutti gli altri individui che presentano sintomi possono essere considerati casi probabili e isolati senza test supplementari.

La circolare sui test diagnostici esprime grande attenzione per gli anziani ricoverati nelle strutture residenziali. Gli anziani ospiti delle strutture residenziali e gli operatori che vi lavorano sono presenti in tutte le classi di priorità fatta ovviamente eccezione per i pazienti ospedalizzati sintomatici. Nella realtà, le cose sono andate diversamente. Nella prima fase, la carenza di tamponi diagnostici ha indotto erroneamente le regioni a concentrare le attenzioni negli ospedali trascurando i luoghi più pericolosi per il COVID-19 e cioè le strutture residenziali per anziani per cui la circolare purtroppo è arrivata tardi a

correggere i comportamenti delle regioni. Dopo l'arrivo della circolare, state il perdurare delle difficoltà nel reperire i reagenti per i tamponi, i tempi di reazione delle regioni sono stati lenti.

La circolare del Ministero della Salute del 18/4/2020

Con la circolare del Ministero della Salute del 18/4/2020 si trasmette alle regioni e a tutti i soggetti sanitari il documento elaborato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dal titolo: *"Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie"*.
Il documento è stato redatto e pubblicato dall'ISS in una prima versione il 16/3/2020. Solo la seconda versione datata 17/4/2020 è stata trasmessa alle regioni e agli altri enti sanitari.

Le indicazioni di questo documento riguardano principalmente gli ambiti di prevenzione e preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19. Le misure generali prevedono un rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) inclusa una adeguata formazione degli operatori. Il rafforzamento deve prevedere una robusta preparazione della struttura per prevenire l'ingresso di casi di COVID-19, e per gestire eventuali sospetti/probabili/confermati che si dovessero verificare tra i residenti. Questo documento riguarda la necessità di un'adeguata sorveglianza attiva tra i residenti e gli operatori per l'identificazione precoce di casi. Le strutture devono essere in grado di effettuare un isolamento temporaneo dei casi sospetti e, in caso di impossibilità di un efficace isolamento per la gestione clinica del caso confermato, effettuare il trasferimento in ambiente ospedaliero o in altra struttura adeguata all'isolamento per ulteriore valutazione clinica e le cure necessarie, come ad esempio in una struttura dedicata a pazienti COVID-19. La circolare tratta nel dettaglio i seguenti argomenti:

a. Misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi COVID-19 in struttura.
b. Preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi di COVID-19 sospetti/probabili/confermati.
c. Gestione dei casi confermati COVID-19.
d. Formazione, monitoraggio e sorveglianza attiva del personale.

a. Misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi COVID-19 in struttura
Identificazione di un referente sanitario COVID-19. E' necessario avere un referente per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e specificatamente per COVID-19 adeguatamente formato ed addestrato che possa fare riferimento ad un comitato multidisciplinare di supporto nell'ambito della struttura o a livello aziendale in stretto contatto con le autorità sanitarie locali. Se questo non fosse già presente, un referente per la prevenzione e controllo di COVID-19 dovrebbe essere immediatamente designato e adeguatamente formato ed addestrato (si raccomanda di seguire i Corsi FAD dell'ISS sulla piattaforma EDUISS2 e di fare riferimento a documenti sulla prevenzione e controllo di COVID-19 dell'ISS3) che lavori con il medico competente e i referenti del rischio clinico e del rischio infettivo dell'azienda sanitaria di riferimento.

Il referente dovrebbe agire in sinergia con la funzione di risk management, anche ai fini dell'utilizzo di metodi e strumenti di gestione del rischio sanitario. Il referente sanitario per la prevenzione e controllo delle ICA e di COVID-19 deve svolgere un ruolo di supporto e di esempio, e costantemente ricordare agli operatori e ai residenti l'importanza delle misure preventive e precauzioni relative al COVID-19. Dovrà inoltre effettuare o supervisionare il monitoraggio attento delle pratiche (ad esempio l'igiene delle mani e l'igiene respiratoria), ma anche il rispetto delle precauzioni di isolamento.

Questa formulazione, che ipotizza l'esistenza nelle strutture residenziali di un comitato multidisciplinare di supporto o del responsabile del risk management, fa riferimento a strutture che nella pratica non esistono – se non nelle grandi catene private di strutture o nelle poche strutture di proprietà delle aziende sanitarie – perché le normative esistenti non hanno mai chiesto loro questo tipo di organizzazione. Inoltre, la proposta di una collaborazione fra il referente Covid-19 delle strutture residenziali e i referenti del rischio clinico e del rischio infettivo dell'azienda sanitaria di riferimento è una indicazione

importante che nessuna regione ha però adottato e di cui le aziende sanitarie non sono a conoscenza.

- Coordinamento di tutti gli interventi e garantire un flusso informativo efficace e i rapporti con gli Enti e le strutture di riferimento (Dipartimento di Prevenzione, Distretti e Aziende Sanitarie).
- Mantenere le comunicazioni con operatori, residenti e familiari (attraverso una figura appositamente designata).
- Rafforzamento delle precauzioni standard.
- Programma di medicina occupazionale che garantisca la protezione e la sicurezza degli operatori sanitari (per esempio con somministrazione gratuita del vaccino antinfluenzale agli operatori sanitari).
- Elaborazione di promemoria per promuovere i comportamenti corretti per il rispetto della distanza fisica e la trasmissione del virus.

b. Preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi di COVID-19 sospetti/probabili/confermati
Impedire l'ingresso di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19 rappresenta un fondamentale aspetto di prevenzione; è quindi necessario uno **stretto governo degli accessi nella struttura**. Pertanto, è necessario:

- Per tutta la durata dell'emergenza, disporre il divieto di accedere alla struttura da parte di familiari e conoscenti.
- Impedire l'accesso a soggetti sintomatici. È assolutamente necessario impedire l'accesso a persone che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di COVID19 sospetti/probabili/confermati negli ultimi 14 giorni. A tal fine, mettere in atto un sistema di valutazione per chiunque debba accedere nella struttura residenziale sociosanitaria in modo tale da consentire l'identificazione immediata di persone che presentino sintomi simil-influenzali (tosse secca, dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito) e/o febbre. Si raccomanda che tale valutazione preveda anche la misurazione della temperatura (con termometri che non prevedono il contatto, o termoscanner fissi, ove disponibili) e compilazione di un breve questionario o intervista da parte di un operatore.
- Creare una area di isolamento per i nuovi accessi. Devono essere identificate in tutte le strutture alcune 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. L'accesso di nuovi residenti in struttura residenziale sociosanitaria è subordinato al fatto che le strutture prevedano l'allestimento e l'uso di un modulo di accoglienza temporanea dedicato ai nuovi ospiti (stanze di isolamento singole con bagno dedicato e, possibilmente, con anticamera). 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:
  – 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 ovvero in alternativa, dove non fattibile, va disposto il cambio dei dispositivi e DPI per gli attraversamenti tra le aree;
  – 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.
  Fatta salva la necessità di realizzare una area di isolamento, si sottolinea la **complessità delle sue modalità di realizzazione che molto difficilmente potrà essere realizzata in modo generalizzato nelle diverse strutture**.
- Limitare i nuovi ingressi di ospiti in strutture residenziali sociosanitarie e comunque solo dopo valutazione dello stato salute, tampone ed isolamento. I nuovi ingressi dovrebbero essere limitati ai casi urgenti e improcrastinabili, per consentire una riduzione nel numero dei residenti necessaria a poter gestire i casi in isolamento. Il medico della struttura deve verificare, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, che la persona non si trovi nelle condizioni di "caso sospetto", "caso probabile", "caso confermato". In tali circostanze l'ammissione in strutture o aree non

specificatamente dedicate alla cura di persone colpite da COVID-19 non è mai ammessa. In base alle indicazioni regionali e alla disponibilità, richiedere un tampone a coloro che sono dimessi dall'ospedale. Si ricorda che la eventuale negatività del tampone non implica tuttavia la sicurezza che l'assistito non possa sviluppare una malattia nei giorni successivi. Il tampone negativo all'ingresso andrebbe ripetuto dopo 14 gg, prima della sistemazione definitiva.
Occorre rilevare che le indicazioni della circolare **ipotizzano che le strutture residenziali per anziani abbiano un medico di struttura che in verità nella maggior parte dei casi non è previsto**.

- Evitare per quanto possibile l'invio dei residenti in ospedale, per visite specialistiche ed esami strumentali.
- Monitorare nel tempo l'eventuale comparsa di febbre e segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di difficoltà respiratoria e altri fattori di rischio (ad esempio contatto con casi di COVID-19) nei residenti nella struttura.
- Sospensione delle attività di gruppo e della condivisione di spazi comuni all'interno della struttura.
- Accesso di operatori sanitari (USCA, MMG, Cure palliative) possibile ma evitando sovrapposizioni.
- Richiesta di uso di mascherina chirurgica e accurata igiene delle mani a fornitori, manutentori e/o altri operatori.
- Approvvigionamento DPI, soluzione idroalcolica, sapone, ecc.
- Disposizione corretta degli strumenti per igiene mani.
- Approvvigionamento Termometri senza contatto.

c. Gestione dei casi confermati COVID-19

- Il caso sospetto COVID-19, immediatamente posto in isolamento, deve essere segnalato al servizio d'igiene pubblica ed essere sottoposto a tampone naso-faringeo per ricerca di SARS-CoV-27 anche attivando l'USCA (Unità speciale di continuità assistenziale). Se positivo, il Dipartimento di prevenzione dovrà verificare la fattibilità di un isolamento efficace presso la stessa struttura. In caso di impossibilità ad effettuare un efficace isolamento, il paziente sarà trasferito in ambiente ospedaliero o in altra struttura adeguata all'isolamento per ulteriore valutazione clinica e le cure necessarie, come ad esempio in una struttura dedicata a pazienti COVID-19. Inoltre, deve essere effettuata immediatamente la sanificazione accurata degli ambienti dove il residente soggiornava e dove è stato esaminato. Infine, è importante effettuare una tempestiva ed attenta valutazione del rischio di esposizione al caso degli operatori e altri residenti. In caso di identificazione di una tale condizione di rischio, i soggetti esposti dovranno essere considerati contatti di caso di COVID-19 e seguire le procedure di segnalazione, sorveglianza e quarantena stabilite dalle autorità sanitarie locali ai sensi della circolare ministeriale del 25 marzo 2020.
- Laddove siano presenti ospiti COVID-19 sospetti o accertati, (anche in attesa di trasferimento) deve essere garantita la presenza di infermieri h24 e supporto medico. Nelle strutture ove non sia presente assistenza infermieristica h24 ciò comporterà il temporaneo isolamento in stanza singola e il successivo trasferimento del paziente ad altra struttura residenziale in grado di garantire le precauzioni di isolamento in accordo con le autorità locali e regionali.
- Nelle aree COVID-19 delle strutture residenziali e nelle condizioni di isolamento temporaneo dovranno essere messe in atto tempestivamente e rispettate le seguenti procedure:
  1. fare indossare al residente una mascherina chirurgica, se tollerata;
  2. quando è necessaria assistenza diretta al residente, applicare rigorosamente le precauzioni da contatto e droplets nell'assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19: guanti, dispositivo di protezione respiratoria, occhiali di protezione/visiera, grembiule/camice monouso (possibilmente idrorepellente); se invece non fosse necessario contatto diretto, indossare la mascherina chirurgica, mantenersi alla distanza di almeno 1 metro ed evitare di toccare le superfici nella stanza del residente;
  3. praticare frequentemente l'igiene delle mani con soluzione idroalcolica o se non disponibile o le mani sono visibilmente sporche, lavare le mani con acqua e sapone e asciugare con salvietta monouso
  4. effettuare pulizia frequente (almeno due volte al giorno) nella stanza del residente con acqua e detergenti seguita da disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5% (equivalente a 5000 ppm) per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e dei bagni, e allo 0,1% (equivalente a1000 ppm) per le altre superfici; prestare particolare attenzione

alle aree comuni; e areare frequentemente i locali;
5. 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;
6. avvertire il medico di medicina generale/di struttura o di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica);
7. concentrare le attività assistenziali (es. terapia/colazione/igiene) al fine di ridurre gli accessi alla stanza del residente;
8. se dovessero essere necessari trasferimenti all'interno della struttura, garantire la minima esposizione ad altri ospiti evitando spazi comuni durante il percorso;
9. garantire una ventilazione regolare degli ambienti;
10. riporre con cautela in un sacchetto chiuso la biancheria della persona in isolamento in attesa di essere lavata e, evitando il contatto diretto con la propria cute e i propri vestiti. Non agitare la biancheria per arieggiarla. Lavare vestiti, lenzuola, asciugamani e teli da bagno in lavatrice a 60–90°C con uso di comune detersivo; 11. lavare in lavastoviglie o a mano con acqua calda e detergente le stoviglie utilizzate dal caso sospetto/confermato; 12. indossare guanti e mascherina durante le operazioni di lavaggio di biancheria e vestiti, di disinfezione e igiene dei locali.

- In strutture di dimensioni più grandi, previa valutazione dei Dipartimenti di Prevenzione sulla adeguatezza della possibilità di effettuare un efficace isolamento, creare aree e percorsi dedicati in grado di garantire quanto più possibile la separazione tra aree "pulite" e aree "sporche".
- Ridurre le occasioni di contatto dei residenti con casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19 (sospendere uso del refettorio/mensa, garantire la permanenza dei residenti nella propria area di appartenenza). Misure per la gestione dei compagni di stanza e altri contatti stretti di un caso di COVID-19.

d. Formazione, monitoraggio e sorveglianza attiva del personale.

- La formazione del personale dovrà riguardare i seguenti argomenti: Caratteristiche dell'infezione da SARS-CoV-2 e sulla malattia COVID-19; Precauzioni standard per l'assistenza a tutti i residenti: igiene delle mani e respiratoria; Precauzioni per la prevenzione di malattie trasmesse per contatto e droplets nell'assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19; Precauzioni per la prevenzione di malattie trasmesse per via aerea; Utilizzo appropriato dei dispositivi e dispositivi di protezione individuali (DPI); Comportamenti da attuare nei momenti di pausa e riunioni al fine di ridurre la eventuale trasmissione del virus.
- Promuovere la responsabilizzazione degli operatori per autocontrollo sintomatologia.
- Misurazione febbre a inizio turno per gli operatori sanitari.
- Screening diagnostici per operatori sanitari.
- Restrizione dall'attività lavorativa degli operatori sospetti o risultati positivi al test per SARS-CoV-2 o in caso di febbre prima del turno o durante il turno.

Il Decreto del Ministro della Salute 30/4/2020 sul monitoraggio del rischio sanitario

Nel mese di maggio 2020 è partita una nuova fase caratterizzata da iniziative di allentamento del lockdown e dalla loro progressiva estensione, che però può svilupparsi solo ove sia assicurato uno stretto monitoraggio dell'andamento della trasmissione del virus sul territorio nazionale. A questo fine, con il Decreto del Ministro dell

BIBLIOGRAFIA

Norme di riferimento e bibliografia

D.L. 23 febbraio 2020, n. 6, *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*.

D.L. 9 marzo 2020, n. 14, *Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*.

Decreto Ministro Solidarietà sociale n. 308 del 21 maggio 2001, *Regolamento concernente "Requisiti minimi strutturali e organizzativi per l'autorizzazione all'esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, a norma dell'articolo 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328"*.

Decreto Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali del 17 dicembre 2008, *Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali*.

Decreto Ministero Salute del 30 aprile 2020, *Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 aprile 202*0.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020, *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*.

Istituto superiore di Sanità (ISS), Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale 14 maggio 2020.

Ministero della Salute, Circolare n. 11715 del 3/4/2020, *Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio*.

Ministero della Salute, Circolare n. 7865 del 25/03/2020, *Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19*.

Ministero della Salute, Circolare n.13468 del 18/04/2020, *Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie*.

Pesaresi F. (2020), *Il Covid-19 nelle strutture residenziali per anziani*, I luoghi della cura online, 4 maggio.