

# Linee Guida per le Residenze Sanitarie Assistenziali

## Indicazioni per l'erogazione in sicurezza delle attività nelle strutture residenziali socio-sanitarie durante la pandemia COVID-19

Versione 4° – 22/12/2020

---

### Sommario

Acronimi .....	2
Definizioni .....	3
Premessa.....	6
1. Destinatari.....	7
2. Scopo del documento.....	8
3. Misure generali di carattere organizzativo .....	9
4. Formazione e supporto per la corretta adozione delle misure di prevenzione e protezione e la resilienza del personale .....	12
5. Misure da adottare per prevenire l'ingresso di casi sospetti/ probabili/confermati di Covid-19 in RSA.....	13
5.1 Residenti.....	13
5.2 Parenti e Visitatori.....	17
5.3 Fornitori, manutentori e altri operatori .....	19
6. Sorveglianza attiva e identificazione precoce di casi sospetti/probabili/confermati di Covid-19 tra residenti e operatori.....	20
6.1 Residenti.....	20
6.2 Operatori.....	20
7. Preparazione della struttura per la gestione dei casi sospetti/ probabili/ confermati di Covid-19	21
7.1 Aree comuni e ingressi .....	21

7.2 Presidi e dispositivi.....	21
7.3 Igiene e sanificazione ambientale.....	21
7.4 Aree e misure di isolamento.....	22
7.5 Azioni per la riduzione delle occasioni di contatto dei residenti con casi sospetti/ probabili/ confermati di Covid-19.....	25
8. Gestione dei casi tra i residenti, procedure diagnostiche e misure di isolamento.....	26
9. Gestione dei residenti positivi al Covid-19.....	28
9.1 Criteri di trasferimento dei residenti.....	28
9.2 Gestione clinica dei casi confermati Covid-19.....	29
9.3 Negativizzazione e certificazione di guarigione.....	29
9.4 Risoluzione del focolaio.....	30
10. Misure per la gestione dei compagni di stanza e altri contatti stretti di residente Covid-19.....	30
11. Monitoraggio dell'implementazione delle misure adottate e delle Linee Guida.....	31
ALLEGATO 1: Comitato multidisciplinare e referente Covid.....	32
ALLEGATO 2: Prevenzione, protezione e sorveglianza del personale.....	34
ALLEGATO 3: Tamponi di screening e test sierologici per il personale delle RSA.....	40
ALLEGATO 4: DPI raccomandati.....	41
ALLEGATO 5: Gestione di caso positivo e contatto stretto.....	47
ALLEGATO 6: COVID-19: percorso diagnostico per residente sospetto.....	49
ALLEGATO 7: Prospetto di sintesi.....	50
Riferimenti bibliografici.....	52

---

## Acronimi

APSS	Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari
CDC	Center for Disease Control and Prevention (Stati Uniti)
DPI	Dispositivi di Protezione Individuali
DVR	Documento di Valutazione dei Rischi
ECDC	European Centre for Disease prevention and Control
FFP	Filtering Facepiece Particles
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
POCT	Point-of-Care Testing
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 Pastoralisti Educativi Sociali
TC	Temperatura Corporea
TF RSA	Task Force RSA
UOPSAL	Unità Operativa Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro
UIPA	Unione Provinciale Istituzioni Per l'Assistenza
UVM	Unità di Valutazione Multidimensionale

## Definizioni

<b>Caso sospetto</b>	Ogni persona che soddisfa il criterio clinico (almeno 1 dei seguenti sintomi): tosse, febbre, respiro affannoso/difficoltà respiratorie, insorgenza improvvisa di anosmia, ageusia, disgeusia o altri sintomi atipici (congiuntivite, cefalea, sintomi gastrointestinali, agitazione, malessere generale, confusione, apatia, vertigini, cadute).
<b>Caso probabile</b>	Ogni persona che soddisfa il criterio clinico (vedasi caso sospetto) 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 in una struttura dove la trasmissione del Covid-19 sia stata confermata nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.</li> </ul> <p>O</p> <p>Ogni persona che soddisfa il criterio diagnostico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- evidenza radiologica che dimostri lesioni compatibili con Covid-19.</li> </ul>
<b>Caso confermato</b>	Ogni persona che soddisfa il criterio di laboratorio: <ul style="list-style-type: none"> <li>- presenza di acido nucleico di Sars-Cov-2 in un campione biologico.</li> </ul>
<b>Contatto stretto</b>	Ogni persona che soddisfa uno o più dei seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> <li>- hanno avuto un contatto fisico diretto con un caso di Covid-19 (per esempio la stretta di mano);</li> <li>- 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...);</li> <li>- hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) non protetto con un caso di Covid-19, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;</li> <li>- 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 senza protezione.</li> <li>- hanno fornito assistenza diretta ad un caso di Covid-19 senza l'impiego/utilizzo non corretto dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei.</li> </ul> <p>Gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio. Il soggetto va considerato ad alto rischio per Covid-19.</p>
<b>Soggetto guarito</b>	Ogni persona risultata positiva alla ricerca di SARS-CoV-2 che dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (di cui almeno tre giorni senza sintomi non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo) viene sottoposta all'esecuzione del tempone molecolare con risultato negativo. Di norma, in tale soggetto il test sierologico, se effettuato, risulta positivo.
<b>Soggetto indenne</b>	Soggetto negativo al tampone molecolare e al test sierologico.
<b>Focolaio</b>	Almeno due casi confermati tra i residenti all'interno della medesima struttura con conferma di link

	epidemiologico (trasmissione di SARS-CoV-2 evidenziata all'interno della struttura).
<b>RSA "Covid-free"</b>	Lo stato di "Covid-free" (libera da Covid) viene dichiarato in assenza di casi positivi, asintomatici o sintomatici, tra i residenti da almeno 14 giorni (in struttura con precedente conferma di trasmissione di SARS-CoV-2 all'interno della stessa).
<b>Isolamento</b>	L'isolamento dei casi di documentata infezione da SARS-CoV-2 si riferisce alla separazione delle persone infette dal resto della comunità per la durata del periodo di contagiosità, in ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'infezione <sup>1</sup> . Le procedure di isolamento vanno anche attivate per i casi sospetti (o probabili).
<b>Quarantena</b>	La quarantena si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi <sup>1</sup> . La quarantena viene applicata a scopo precauzionale al fine di minimizzare il rischio di contagio per la popolazione generale o gruppi a maggior rischio di complicanze (es. fragili), nonché prevenire focolai epidemici che possono sovraccaricare il sistema sanitario. Per Covid-19 il periodo di quarantena è di 14 giorni successivi alla data dell'ultima esposizione (periodo massimo di incubazione della malattia, se il contatto dovesse avere acquisito l'infezione). Di recente, il Ministero della Salute <sup>1</sup> ha previsto per il contatto asintomatico di un caso confermato la possibilità di riduzione del periodo di quarantena (e rientro in comunità del soggetto) a dieci giorni dall'ultima esposizione a rischio con il risultato di un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno. Nelle presenti Linee Guida, in adesione alle vigenti raccomandazioni dell'ECDC, vengono indicate le situazioni nelle quali si ritiene che la durata della quarantena possa essere ridotta nel contesto della RSA (quarantena dell'operatore contatto stretto di caso).
<b>Test molecolare o "tampone"</b> <sup>2,3</sup>	Il test molecolare o "tampone" (o tampone oro/naso faringeo o tampone molecolare) è il test classico attualmente più affidabile che oggi viene utilizzato per la diagnosi di infezione da coronavirus. Viene prelevato con un lungo bastoncino simile ad un cotton-fioc un campione delle vie respiratorie del paziente, preferibilmente dalla mucosa naso-faringea. Questo campione viene quindi analizzato attraverso metodi molecolari di real-time RT-PCR (Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction) per l'amplificazione dei geni virali (genoma del virus) maggiormente espressi durante l'infezione. L'analisi può essere effettuata solo in laboratori altamente specializzati e formalmente individuati dalle autorità sanitarie e richiede in media dalle due alle sei ore dal momento in cui il campione viene avviato alla processazione in laboratorio. Il test molecolare costituisce a tutt'oggi il gold standard per la diagnosi di Covid-19.
<b>Test antigenico rapido</b> <sup>2,3</sup>	Nelle ultime settimane, sono stati sviluppati nuovi tipi di test che promettono di offrire risultati più rapidamente (30-60 minuti), con minor costo e senza la necessità di personale specializzato. Analogamente ai test molecolari, i saggi antigenici sono di tipo diretto, ossia valutano direttamente la presenza del virus nel campione clinico (rilevano la presenza del virus tramite le sue proteine - antigeni). Le modalità di raccolta del campione sono del tutto analoghe a quelle dei test molecolari (tampone oro/naso faringeo o nasale), i tempi di risposta sono molto brevi, ma la sensibilità e specificità di questo test sono inferiori a quelle del test molecolare, quindi le diagnosi di positività ottenute con questo test devono essere confermate da un secondo tampone molecolare. I test antigenici esistono in versione POCT (cioè si possono effettuare al sito del prelievo e ciò ne spiega l'attuale rapida diffusione) e in versione "da laboratorio" (cioè richiedente attrezzature di laboratorio). I test antigenici rapidi possono essere utili, anche come prima scelta, in determinati contesti, come il tracciamento dei contatti di casi positivi o lo screening rapido di numerose persone o l'accertamento diagnostico nei soggetti sintomatici. I test molecolari sembrano avere una maggiore sensibilità prima della comparsa dei sintomi, mentre nella fase iniziale immediatamente successiva all'inizio dell'infezione i test rapidi antigenici e quelli molecolari hanno una sensibilità simile, rendendo utile l'uso anche dei primi. I test antigenici rapidi possono anche essere utilizzati per l'identificazione dei contatti asintomatici dei casi, poiché è stato dimostrato che i casi asintomatici hanno spesso cariche virali simili ai casi sintomatici.
<b>Test sierologico</b> <sup>2,3</sup>	<u>Classico (tradizionale)</u> : Il test sierologico (o immunologico) rileva la presenza nel sangue degli anticorpi

<sup>1</sup> Circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12 ottobre 2020: "Covid-19: Indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena".

<sup>2</sup> Istituto Nazionale per le Malattie Infettive IRCCS "Lazzaro Spallanzani". Documento: Per fare chiarezza sui Test. 16 ottobre.

<sup>3</sup> Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità. Nota tecnica ad interim. Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica. Aggiornato al 23 ottobre 2020. Circolare n. 35324 del 30 ottobre 2020 "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica". European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK, 19 November 2020. Stockholm: ECDC; 2020.

	<p>specifici che il sistema immunitario produce in risposta all'infezione, la loro tipologia (IgG, IgM, IgA), ed eventualmente la loro quantità. Questo test, denominato anche ELISA o CLIA o IFA a secondo della tecnologia utilizzata, richiede un prelievo di sangue venoso, e viene effettuato presso laboratori specializzati.</p> <p><u>Rapido:</u> I test sierologici rapidi si basano sullo stesso principio di quelli classici, ma sono semplificati e danno risposte solo di tipo qualitativo, dicono cioè soltanto se nell'organismo sono presenti gli anticorpi specifici per il virus. Questi test sono di semplice esecuzione, hanno tempi medi di risposta di circa 15 minuti e possono essere effettuati anche al di fuori dei laboratori: sul dispositivo di rilevazione viene depositata una goccia di sangue ottenuta con un pungidito, e la presenza di anticorpi viene visualizzata mediante la comparsa sul dispositivo di una banda colorata o di un segnale fluorescente letto con uno strumentino portatile. L'affidabilità di questo tipo di test è variabile.</p> <p>È importante sottolineare che i test sierologici, per la loro stessa natura, non sono in grado di dire se il paziente ha una infezione in atto, ma soltanto se è entrato o meno in contatto con il virus. I test sierologici non possono essere utilizzati da soli per la diagnosi di infezione in atto: a tal fine per confermare l'infezione in atto occorre utilizzare anche il test molecolare su tampone.</p>
<p><b>Test molecolare e antigenico rapido mediante tampone salivare<sup>1,2</sup></b></p>	<p>Recentemente sono stati realizzati nuovi tipi di test antigenici che utilizzano come campione da analizzare la saliva. Il prelievo di saliva è più semplice e meno invasivo rispetto al tampone naso faringeo o al prelievo di sangue. I tamponi molecolari su campione di saliva richiedono un laboratorio attrezzato, ma hanno un'affidabilità in linea con quella dei test molecolari classici su tampone naso faringeo e rapidi tempi di risposta. I test antigenici rapidi salivari andranno considerati come alternativa ai test antigenici rapidi su tampone oro/naso faringeo o nasale se le esperienze pilota di validazione attualmente in corso daranno i risultati sperati.</p>
<p><b>Test di screening</b></p>	<p>Esame diagnostico che permette di identificare precocemente in una popolazione considerata a rischio la presenza della malattia (es. Covid-19) in persone asintomatiche. Gli esami di screening devono utilizzare esami sicuri, accettabili e attendibili e essere effettuati nell'ambito di un'attività organizzata e regolare. Nell'attuale contesto epidemiologico, caratterizzato da un'alta circolazione virale, è altamente probabile il riscontro di soggetti positivi a SARS-CoV-2 che potrebbero trasmettere l'infezione e quindi risulta di fondamentale utilità l'utilizzo di metodiche di screening validate.</p>

## 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]. In Italia l'età mediana dei deceduti e positivi a SARS-CoV-2 è 82 anni (età media 80 anni) e il 95% dei decessi avviene in persone con più di 60 anni e con patologie di base multiple. Un'elevata percentuale dei decessi per Covid-19 (circa il 20%) riguarda persone con demenza.

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, nonché tutelare la salute degli operatori e della comunità.

Tali necessarie misure di protezione e sicurezza 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 alla ripresa di focolai epidemici, ma allo stesso tempo assicurare la tutela della salute e del benessere delle persone assistite in RSA.

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 (che si associa a un elevato rischio di esiti sfavorevoli). 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 e dei servizi nell'odierna fase epidemiologica va improntata alla ricerca del miglior equilibrio possibile fra esigenze di prevenzione e controllo del contagio e di assistenza e qualità della vita dei residenti. L'isolamento prolungato può infatti contribuire a generare e acuire sensazioni di solitudine e abbandono con possibili ripercussioni emotive e comportamentali [1b]. Nell'assistenza ai residenti è richiesta una sistematica valutazione di rischi e benefici, che tenga in sistematica considerazione, unitamente alla necessità di minimizzazione del rischio di contagio da SARS-CoV-2, lo stato di salute e di benessere del residente, anche per quanto attiene le esigenze affettive, relazionali e sociali, ovvero le conseguenze psico-fisiche determinate da una protratta separazione fisica dai familiari.

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 Pastorali 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 è relativo allo scenario emergenziale in atto al momento dell'emanazione delle presenti Linee Guida. Cambiamenti del contesto epidemiologico, normativo e organizzativo, nonché l'evoluzione delle conoscenze sulla pandemia in atto, comporteranno integrazioni e aggiornamenti che saranno condivise con il Tavolo Covid RSA.*

*Eventuali indicazioni sulle attività delle RSA o di APSS correlate alla gestione dell'emergenza Covid per come descritta all'interno delle presenti linee guida, se devono essere emanate in via d'urgenza e non consentono l'aggiornamento dell'intero documento, saranno emanate dal Dipartimento salute e politiche sociali della Provincia o da APSS - Direzione per l'integrazione socio-sanitaria - a mezzo circolare con esplicito riferimento alle sezioni del presente testo che vengono soppresse, integrate o modificate.*

## **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 e familiari;
- 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 individua anche le modalità operative e di collaborazione tra le RSA, l'APSS (in particolare la TF RSA) e gli altri soggetti istituzionali regolati dalla Provincia, che svolgono le attività di loro competenza in coerenza con le previsioni ivi contenute.

Il presente documento fornisce indicazioni (laddove pertinenti e applicabili) utili anche per altre strutture residenziali socio-sanitarie territoriali (in particolare, residenze per disabili, hospice, comunità assistita per religiosi e altre residenze per anziani in cui siano presenti posti letto RSA)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> 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

Plurime sezioni del documento sono peraltro pertinenti e applicabili a tutti i setting assistenziali della post-acuzie, compresa la lungodegenza ospedaliera.

## 2. Scopo del documento

Le Linee Guida sono aderenti alle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) [1, 1a]<sup>5</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, tutelare la salute dei residenti e consentire l'erogazione dei servizi in sicurezza, in coerenza con i citati vigenti documenti di indirizzo nazionali e con l'evoluzione di conoscenze e evidenze scientifiche, nonché agli aggiornamenti normativi generali<sup>6</sup> relativi all'utilizzo delle mascherine, al rispetto della distanza di sicurezza interpersonale e altre misure di cautela generali da seguire all'interno delle strutture previste per le attività che richiedono la compresenza di più persone;
- 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);
- integrare nel documento le disposizioni della Giunta provinciale e le indicazioni provinciali o aziendali diffuse successivamente all'approvazione della precedente versione delle Linee Guida RSA attinenti agli specifici ambiti disciplinati nel presente documento (es. regolamentazione degli ingressi dei residenti, strategie di tamponatura, sorveglianza attiva, criteri di isolamento).

Il contesto epidemiologico generale a livello provinciale si connota per la probabile transizione dallo scenario di “trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo” (scenario nel quale la circolazione virale potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 2-3 mesi)<sup>7</sup> allo scenario più grave in assoluto di “trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo” (scenario nel quale crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 1-1,5 mesi). Il crescente livello di trasmissione di SARS-CoV-2 a livello comunitario e la ripresa dei

---

aprile 2020. Sostituisce le precedenti”. Le presenti linee guida non si applicano alle strutture residenziali della salute mentale e socio-assistenziali soggette alle “Linee di Indirizzo per l'erogazione in sicurezza dei servizi socio-assistenziali e socio-sanitari in ambito domiciliare, semi-residenziale e residenziale connesse alla pandemia COVID-19”.

<sup>5</sup> Rapporti ISS COVID-19. [www.iss.it/rapporti-covid-19](http://www.iss.it/rapporti-covid-19).

<sup>6</sup> Da ultimo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di data 24 ottobre 2020 e Ordinanza n. 49 del Presidente della Provincia di data 26 ottobre 2020.

<sup>7</sup> Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2020.

contagi in RSA rendono essenziale il rafforzamento di tutte le misure di preparazione dei servizi e dei sistemi di sorveglianza per contenere il rischio di diffusione di Covid-19.

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 RSA)<sup>8</sup> nell'ambito della propria attività di supporto alle strutture.

### **3. Misure generali di carattere organizzativo**

Le misure di carattere organizzativo che ogni RSA deve garantire e monitorare per minimizzare il rischio di infezione da SARS-CoV-2 nei residenti e negli operatori e nell'assicurare la tutela della salute psico-fisica degli ospiti delle strutture:

- garantire l'attività del comitato multidisciplinare [1] [2] [4] (vedere Allegato n.1) e identificare un referente per la prevenzione e il controllo di Covid-19 (Referente Covid) [1] [5] (vedere Allegato n. 1);
- implementare il “piano Covid-19” di prevenzione e intervento della struttura e dei servizi [4] [6], anche sulla base delle indicazioni già fornite dalla TF RSA nella fase di validazione e supporto all'applicazione, attinente alla gestione delle attività durante l'odierna fase della pandemia. Il piano deve tener conto dell'analisi infrastrutturale (locali, spazi comuni, nuclei/settori, ecc.), delle caratteristiche dei residenti (es. indenni, sospetti, positivi), 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 per rimodulare le risorse assistenziali in base ai bisogni dei residenti, 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; e ai livelli assistenziali da garantire in situazioni di crisi (rimodulazione delle attività, strategie per garantire livelli minimi di personale, ecc.), le misure di preparazione/adattamento della RSA per garantire una strutturazione degli spazi atta a garantire il distanziamento fisico e la compartimentazione di residenti e operatori (aree operative separate, spazi, percorsi sporchi/puliti, assegnazione del personale);
- aggiornare il “piano Covid-19” di prevenzione e intervento della struttura e dei servizi [4] [6], anche sulla base delle indicazioni fornite dalla TF RSA nella fase di validazione e supporto all'applicazione, attinente alla gestione delle attività durante la pandemia, ed ogni qualvolta fosse ritenuto opportuno in ragione degli aggiornamenti delle presenti linee guida o di significative modificazioni organizzative interne; la struttura sottopone gli aggiornamenti del “piano Covid-19” alla TF, che provvede alla loro validazione entro 15 giorni dal ricevimento;

---

<sup>8</sup> 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, n. 108 dell'8 aprile 2020 e n. 153 del 16 luglio 2020 e deliberazione provinciale n. 1023 del 17 luglio 2020. L'attività svolta dalla TF RSA si evolverà, in linea con le previsioni della deliberazione provinciale n. 1422 del 18 settembre 2020, in un Nucleo di Supporto RSA.

- garantire il flusso informativo verso l'APSS in relazione a tutti gli ambiti rilevanti (attinenti sia la situazione dei residenti che del personale) per la gestione di Covid-19 [1], sulla base dei protocolli informativi prestabiliti; inoltre, le RSA sono tenute a monitorare tutte le fonti informative di salute pubblica locali, regionali e nazionali per conoscere l'evoluzione dell'epidemia nel proprio territorio;
- 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 e esaustive, riguardanti la salute del residente, 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; è opportuno dotarsi di strumenti di videochiamata che consentano di facilitare la continuità di relazione a distanza tra residente e familiare;
- promuovere la sorveglianza sui comportamenti di operatori, ospiti, visitatori a beneficio di tutta la comunità; diffondere e sostenere un approccio di “sorveglianza fra pari” che permetta di tenere sempre elevato il livello di attenzione ai comportamenti da adottare per prevenire il rischio infettivo (non solo Covid);
- garantire il 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;
- garantire il costante aggiornamento e l'implementazione del Documento di Valutazione dei Rischi (DVR) 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;
- attuare 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 e un'informazione tempestiva e diffusa sono elementi chiave per garantire nella struttura un clima organizzativo che sostenga il cambiamento. Nel promuovere comportamenti corretti è opportuno dare adeguata diffusione ai promemoria di pertinenza: sul punto si evidenzia che l'ISS ha preparato

una sezione del proprio sito web dove scaricare documenti tecnici e infografiche<sup>9</sup>.

Inoltre, nell'odierna fase emergenziale è prioritario:

- rafforzare tutte le misure volte alla prevenzione e al controllo delle infezioni, quali le precauzioni standard (corretta igiene delle mani, etichetta respiratoria, uso di dispositivi medici e DPI adeguati al rischio valutato, corretta gestione di aghi/taglienti, corretta manipolazione, pulizia e disinfezione delle attrezzature per la cura del residente/ospite, corretta pulizia e sanificazione ambientale, corretta manipolazione e pulizia della biancheria sporca, corretta gestione dei rifiuti) 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 secondo i cinque momenti raccomandati dall'OMS, all'utilizzo appropriato degli antibiotici ai programmi di sorveglianza delle infezioni nosocomiali, in linea con quanto previsto anche dalle linee di indirizzo nazionali di contrasto dell'antimicrobico-resistenza (PNCAR 2017-2020);
- nell'erogazione dei servizi e nella pratica assistenziale:
  - valutare i bisogni sanitari riabilitativi, di stimolazione cognitiva e di mantenimento delle capacità residue dei residenti (con particolare attenzione ai residenti affetti da demenza)
  - facilitare la ripresa, nel rispetto delle previste misure di contenimento del rischio, di tutte le attività assistenziali garantite dalle diverse figure professionali, nonché mediante l'apporto dei familiari e del volontariato, in considerazione del contributo fornito ai residenti in termini di mantenimento delle abilità fisiche e socio-relazionali;
  - prevenire e gestire i quadri di deterioramento delle condizioni cliniche (a loro volta collegati al rischio di esiti sfavorevoli in caso di contagio);
  - prevenire e gestire gli eventi avversi (es. lesioni da pressione, malnutrizione, cadute) che possono presentarsi con maggior frequenza nei contesti nei quali sono poste in essere misure di distanziamento sociale e isolamento;
  - prestare particolare attenzione alla tutela dei residenti indenni (anche mediante misure di compartimentazione);
- garantire la massima rapidità di diagnosi nei soggetti con sospetto clinico e/o sintomatici e dei contatti per limitare la diffusione del virus mediante le misure di quarantena e isolamento;
- intensificare l'attività di sorveglianza e di screening periodico degli operatori al fine di intercettare precocemente anche i soggetti asintomatici; privilegiando, a parità di indicazioni, l'utilizzo dell'accertamento meno invasivo e garantendo il riconoscimento del tempo necessario all'effettuazione dell'esame come tempo lavoro qualora non effettuato durante il turno di servizio;
- promuovere la somministrazione gratuita della vaccinazione antinfluenzale stagionale e anti-pneumococcica, così come gli altri vaccini di routine, durante le campagne vaccinali provinciali [1]<sup>10</sup>; a tale scopo è opportuno mettere in atto strategie di comunicazione e sensibilizzazione interna del personale (es. momenti informativi, promemoria).

---

<sup>9</sup> [www.iss.it/rapporti-covid-19](http://www.iss.it/rapporti-covid-19); [www.iss.it/infografiche](http://www.iss.it/infografiche).

<sup>10</sup> Ministero della Salute Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2020-2021.

Nella necessità di fronteggiare particolari situazioni di crisi (es. focolai di grandi dimensioni o loro elevata diffusione nelle RSA) potranno essere adottate strategie di continuità operativa del personale che consentano di:

- avvalersi di tutte le competenze professionali disponibili nel contesto delle RSA per la gestione delle attività assistenziali e terapeutiche;
- attivare convenzioni e protocolli, anche attraverso la Protezione Civile, per fornire supporto logistico abitativo al personale impegnato nelle RSA;
- attivare piani di solidarietà, convenzioni e protocolli che consentano l'utilizzo di personale disponibile in altri settori di attività e/o altri enti pubblici o privati (ivi comprese le RSA e l'APSS) per rafforzare il personale, con contestuale e costante confronto con le parti sociali;
- prevedere il coinvolgimento di personale in formazione (scuole OSS, corso di laurea in infermieristica e formazione in medicina generale) nelle attività di supporto, consentendone l'adeguato riconoscimento.

#### **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 e alla ristorazione, 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, comportamenti da attuare nei momenti di pausa e nelle riunioni) [1], sulle variazioni organizzative, sulle modifiche strutturali, e in generale su tutte le procedure interne introdotte (es. procedure di isolamento, procedure di sorveglianza, test di screening) 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; devono inoltre essere previste strategie per il mantenimento delle competenze [1]. In particolare, si sottolinea l'importanza dell'addestramento e della verifica sul campo delle modalità di corretta esecuzione dei tamponi da parte dei singoli infermieri (si ricorda che tamponi falsi negativi per la non corretta esecuzione del tampone possono avere conseguenze molto gravi). Ciascuna struttura deve individuare nominativamente il personale idoneo alla esecuzione del tampone.

Le RSA sono tenute a far seguire i corsi FAD dell'ISS (sulla piattaforma di formazione EDUISS<sup>11</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 RSA, il servizio formazione di UPIPA e

---

<sup>11</sup> [www.eduiss.it](http://www.eduiss.it);

SPES. L'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 in tema di prevenzione e controllo del rischio infettivo e gestione clinica dei residenti durante la pandemia in atto. Si sottolinea in particolare l'importanza di partecipazione all'offerta formativa locale rivolta ai coordinatori sanitari e la diffusione interna di conoscenze sulle modalità cliniche e assistenziali di intervento da attuare durante la pandemia nei confronti dei residenti con particolari bisogni (es. persone con demenza, immunodepressi, ecc.).

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 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 e dei familiari, contestualizzate sulle caratteristiche di ogni singola realtà e sui bisogni delle persone (anche mediante il ricorso a supporti/ausili grafici), 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 minuti-1 ora), 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]. Il programma di sensibilizzazione e formazione può anche includere un supporto psicologico per i familiari.

## **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**

È autorizzato l'accesso di nuovi residenti solamente in RSA "Covid-free". Le strutture sono dichiarate Covid free in relazione alla assenza di casi tra i residenti da almeno 14 giorni combinata con lo stato generale dei tamponi eseguiti sistematicamente al personale. La dichiarazione di struttura "Covid-free" è di competenza di APSS, che si avvale della TF RSA.

In caso di diffusione del contagio esclusivamente tra gli operatori, la TF RSA può valutare la necessità di disporre la temporanea sospensione degli accessi nella struttura.

Accesso del residente in RSA (previa valutazione UVM):

A. se proveniente dal domicilio è previsto un periodo di quarantena in strutture dedicate “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 e tampone naso faringeo negativo non anteriore alle 96 ore. Diversamente l’ingresso è posticipato fino a scomparsa dei sintomi e presenza di un tampone negativo accompagnato da un tampone molecolare con riscontro negativo eseguito dopo almeno tre giorni senza sintomi. La dimissione dalla RSA di transito avviene previa verifica di assenza di sintomatologia e tampone molecolare negativo non anteriore alle 96 ore dalla data di dimissione. Qualora nel corso della quarantena la persona dovesse sviluppare il contagio, deve essere disposto il suo trasferimento verso una delle RSA Covid/strutture Covid territoriali<sup>12</sup> [8]. Se la RSA di transito non è attiva, in quanto convertita temporaneamente in RSA Covid, non si può accedere nelle RSA dal domicilio. È comunque possibile l’ingresso diretto nella RSA di destinazione, senza periodo di quarantena, se la persona è guarita da meno di 90 giorni; in questo caso non è prevista l’effettuazione del tampone prima dell’ingresso.

B. se proveniente da un ospedale o casa di cura privata della provincia dopo un ricovero non correlato al Covid:

B1 dopo un ricovero (di qualsiasi durata) in un reparto ospedaliero è previsto un periodo di quarantena nelle RSA di transito, per gli indenni e per i residenti guariti da oltre novanta giorni, previa verifica di assenza di sintomatologia e tampone molecolare negativo non anteriore alle 96 ore dalla data di dimissione;

B2 se la RSA di transito non è attiva, perché convertita temporaneamente in RSA Covid, la persona può accedere direttamente alla RSA di destinazione, previa verifica di cui al punto B1; è previsto il periodo di quarantena nella RSA di destinazione per gli indenni e per i residenti guariti da oltre novanta giorni.

C. se proveniente dall’ospedale o da casa di cura privata (o da RSA Covid/struttura Covid) dopo un ricovero correlato al Covid-19 ad avvenuta guarigione (vedi punto 9.3) e con doppio tampone molecolare negativo effettuato a distanza di almeno 24 ore non anteriore alle 96 ore dalla data di dimissione, è previsto l’inserimento nella RSA di destinazione; in questi casi non è prevista la quarantena né l’effettuazione di tamponi all’ingresso; se in fase di dimissione dall’ospedale il tampone è ancora positivo, è previsto il trasferimento presso la RSA Covid/struttura Covid territoriale.

D. se proveniente da hospice o altra struttura sociosanitaria autorizzata della Provincia, la persona può accedere direttamente alla RSA di destinazione, senza prevedere il periodo di quarantena,

---

<sup>12</sup> Tali strutture, in progressivo incremento, comprendono le RSA Covid e altre strutture residenziali territoriali gestite da RSA o APSS istituite per assistere ospiti contagiati da Covid provenienti dalle RSA, nonché da strutture ospedaliere o dal territorio.

purché proveniente da una struttura “Covid-free”, con doppio tampone molecolare negativo effettuato a distanza di almeno 24 ore non anteriore alle 96 ore dalla data di dimissione; se la struttura non è “Covid-free” e il trasferimento non è procrastinabile previa verifica di assenza di sintomatologia e tampone molecolare negativo non anteriore alle 96 ore è previsto il periodo di quarantena nell’RSA di destinazione.

Tenuto conto che le strutture di transito sono ad oggi destinate esclusivamente alle persone segnalate dall’UVM, non è al momento possibile accogliere nelle RSA persone a pagamento provenienti dal domicilio.

Si ricorda che l’eventuale negatività del tampone eseguito all’ingresso/dimissione non implica tuttavia la sicurezza che il residente non possa sviluppare la malattia nei giorni successivi, rendendo dunque necessarie misure logistiche idonee a garantire adeguato distanziamento fisico e isolamento funzionale del residente. Il residente va posto in quarantena, nella propria stanza o in stanza singola dedicata a tale scopo (vedere 7.4), per quattordici giorni e il tampone va ripetuto al termine del periodo di quarantena.

Il trasferimento di residenti tra RSA è possibile solo tra strutture dichiarate “Covid free” e previa autorizzazione dell’UVM di riferimento del residente; in tali casi non è previsto il periodo di quarantena nella struttura di destinazione.

#### Accesso correlato a una prestazione ospedaliera

Per evitare il trasferimento del residente in altre strutture sanitarie per visite specialistiche ed esami strumentali 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. Gli interventi in presenza devono essere regolati in riferimento al rischio epidemico. Nell’odierna fase emergenziale vanno esclusivamente richieste le prestazioni specialistiche/ospedaliere essenziali e non differibili.

Per evitare la quarantena precauzionale a seguito di accessi in ospedale per visite in pronto soccorso o prestazioni specialistiche, di residenti indenni o guariti da oltre 90 giorni, è opportuno presidiare con particolare attenzione gli spostamenti (e lo stazionamento in sala d’aspetto) in ospedale (o presso strutture ambulatoriali) adottando le seguenti precauzioni:

- fare sempre indossare al residente la mascherina chirurgica (se tollerata) ed eseguire l’igiene delle mani (almeno all’uscita e all’entrata dalle strutture – compresa quella di appartenenza);
- fare sempre mantenere al residente il distanziamento sociale nelle sale di attesa e durante tutto il percorso nella struttura;
- il residente, laddove possibile, può essere accompagnato (anche all’interno della struttura ospedaliera) da un operatore della struttura opportunamente formato per collaborare a ridurre ed in alternativa riconoscere e riferire situazioni di possibile rischio.

Ai residenti con accessi regolari e frequenti (es. sedute dialitiche, sedute iperbariche) vanno garantite le stesse precauzioni adottate per le visite specialistiche. Questi residenti devono essere attentamente monitorati per individuare precocemente segni e sintomi di malattia e, possibilmente, ospitati in camera singola.

Per residenti con accessi in pronto soccorso con o senza permanenza in astanteria/osservazione breve, ricoveri in day hospital/surgery (compresi i ricoveri ospedalieri fino a due giorni), e altre tipologie di accesso, anche breve, che preveda la permanenza in ambienti con altri pazienti o non presidiati strettamente dall'accompagnatore, è possibile una valutazione caso per caso sulla necessità di quarantena da parte della struttura. La quarantena è invece sempre prevista per ricoveri ospedalieri del residente superiori ai due giorni.

### Accesso nelle RSA di sollievo<sup>13</sup> (previa valutazione UVM)

L'ingresso nella RSA di sollievo avviene previa verifica di assenza di sintomatologia e tampone molecolare negativo non anteriore alle 96 ore. Diversamente l'ingresso è posticipato fino a scomparsa dei sintomi e presenza di due tamponi negativi a distanza di 48 ore l'uno dall'altro. Un secondo tampone viene effettuato nella seconda settimana di permanenza (circa 14 giorni dopo) e un terzo tampone entro 96 ore dalla dimissione. In caso di presenza di sintomi viene effettuato il tampone antigenico rapido. Se positivo deve essere disposto il suo trasferimento verso una delle RSA Covid. Gli altri ospiti sono considerati contatti ed eseguono una quarantena a coorte per 14 giorni a partire dall'esordio dei sintomi del caso.

### Trasporto sanitario programmato

Nell'odierna fase di emergenza sanitaria, si raccomanda di limitare al massimo gli spostamenti che devono essere motivati esclusivamente per prestazioni sanitarie essenziali e non differibili.

Gli ospiti trasportati con mezzi di trentino Emergenza o con mezzi RSA verso strutture sanitarie per prestazioni ambulatoriali indifferibili saranno accompagnati, laddove possibile, da un operatore della struttura di appartenenza.

Il trasporto dei residenti in caso di accesso a prestazioni sanitarie (ambulatoriali, ricovero e dimissioni da presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati, trasferimenti tra RSA) viene garantito da APSS (Trentino Emergenza 118)<sup>14</sup> nelle seguenti condizioni:

---

<sup>13</sup> RSA Casa S. Maria con deliberazione della Giunta Provinciale 2175 del 20 dicembre 2019 "Approvazione delle "Direttive per l'assistenza sanitaria ed assistenziale a rilievo sanitario nelle Residenze Sanitarie e Assistenziali (RSA) pubbliche e private a sede territoriale ed ospedaliera del Servizio sanitario provinciale (SSP) per l'anno 2020 e relativo finanziamento" e RSA S. Vendemmiano con deliberazione della Giunta provinciale n. 1005 del 17 luglio 2020 "Potenziamento della rete territoriale RSA per la gestione della fase 2 dell'emergenza COVID-19: individuazione della struttura di San Vendemmiano quale "RSA di sollievo" temporanea".

<sup>14</sup> L'attività di trasporto programmato in ambulanza viene svolta da personale formato e equipaggio e nel rispetto dei protocolli di igiene e sicurezza di riferimento adottati a livello internazionale, nazionale e provinciale per il trasporto

- 1) residenti non deambulanti (allettati o con carrozzina) utilizzando un'ambulanza;
- 2) residenti deambulanti posti in quarantena o isolamento utilizzando un mezzo tecnico (es. pulmino/automobile).

Il trasporto di residenti deambulanti è garantito dalla RSA di appartenenza con mezzi propri ad esclusione dei residenti di cui al punto precedente.

I mezzi utilizzati da Trentino Emergenza 118 sono sanificati secondo procedura interna al servizio. Se il trasporto viene garantito da mezzi RSA, si raccomanda di sanificare il mezzo secondo le seguenti indicazioni:

- arieggiare il mezzo di trasporto
- sanificare le superfici di contatto con alcol 70° o altri prodotti conformi alle indicazioni ISS [10, 16].

### RSA di transito

Nel caso in cui dovesse esserci un aggravamento della situazione epidemiologica con registrazione di un aumento dei casi sospetti o conclamati di Covid-19 nelle RSA, verranno sospesi i nuovi ingressi e verrà valutata la possibilità di convertire l’RSA di transito in RSA Covid. Qualora sia necessaria la conversione in tempi rapidi verranno ridotti da 14 a 10 giorni i tempi di quarantena precauzionale con trasferimento presso la RSA di destinazione e mantenimento della quarantena fino al termine (14 giorni) e effettuazione di tampone prima della dimissione dalla struttura.

### Sospensione degli ingressi in RSA

Qualora il contesto epidemiologico e di sostenibilità dei servizi lo rendesse necessario, può essere disposta la sospensione temporanea degli ingressi dal territorio in tutte le RSA.

## **5.2 Parenti e Visitatori**

Nell’odierna fase emergenziale è vietato l’accesso alla RSA da parte di parenti e visitatori<sup>15</sup>. L’accesso è limitato ai soli casi autorizzati della direzione sanitaria, ovvero dal coordinatore sanitario della struttura, previa appropriata valutazione dei rischi-benefici e garanzia delle misure atte a prevenire le possibili trasmissioni di infezione, tenuto conto della situazione epidemiologica e nel rispetto delle vigenti disposizioni che regolano gli spostamenti delle persone.

---

sanitario. Si precisa che è ammesso il trasporto multiplo di residenti omogenei (due residenti positivi o due residenti negativi).

<sup>15</sup> Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di data 24 ottobre 2020 e Ordinanza n. 49 del Presidente della Provincia di data 26 ottobre 2020.

Come evidenziato nelle ultime disposizioni ministeriali<sup>16</sup>, l'attuazione di queste misure restrittive hanno determinato una riduzione dell'interazione tra gli individui e un impoverimento delle relazioni socio affettive che possono aver favorito un decadimento psico-emotivo determinando un aumentato rischio di peggioramento di patologie di tipo organico. Inoltre anche i familiari hanno dovuto affrontare la distanza dal proprio caro e la conseguente difficoltà a offrire sostegno e supporto affettivo in un momento difficile come quello attuale.

Fermo restando tali valutazioni, si rileva che le visite che non comportano un accesso diretto a spazi interni della struttura utilizzati anche dai residenti possono essere consentite, fatto salvo la presenza di un focolaio di grandi dimensioni (quando interessa più nuclei/piani della struttura), che rendano rischioso lo spostamento dei residenti per raggiungere gli spazi dedicati. Nello specifico devono essere garantite misure tecnico-organizzative atte a:

- impedire il contatto fisico tra residente e familiare/visitatore (mediante idonee barriere fisiche);
- organizzare spazi, luoghi e arredi dedicati;
- garantire percorsi distinti di accesso (rispetto a quelli utilizzati anche dai residenti della struttura);
- garantire una sorveglianza continua (tenendo una distanza idonea ad osservare i comportamenti rispettando la riservatezza delle conversazioni).

Analoghe valutazioni valgono anche per le visite all'aperto effettuate nel rispetto delle misure di distanziamento e sorveglianza previste.

Si raccomanda di attuare soluzioni tipo "sala degli abbracci" dove un contatto fisico sicuro può arrecare beneficio agli ospiti in generale e a quelli cognitivamente deboli in particolare.

Resta escluso ogni accesso di familiari e visitatori a residenti che si trovano nei nuclei di degenza o posti in isolamento, salvo la possibilità che il direttore sanitario in via eccezionale conceda deroghe nominative, e con assunzione di responsabilità da parte del familiare, in casi di estrema necessità e indifferibilità (ad es. situazione di fine vita). Nei casi di estrema necessità sono da ricomprendere anche quelle situazioni dove la presenza di un familiare viene valutata essenziale per la cura del residente [1]; ad esempio in fase di inserimento complesso, nei casi di depressione con rifiuto di alimentarsi o bere con conseguente deperimento e perdita di peso [1]. In questi casi il direttore sanitario dovrà provvedere a definire anche le modalità di accesso in sicurezza (percorso, igiene delle mani, vestizione/svestizione con DPI appropriati, sorveglianza da parte dell'operatore, ecc.).

Nelle situazioni di fine vita, su richiesta del morente o dei familiari, è opportuno anche autorizzare l'assistenza spirituale, ove non sia possibile attraverso modalità telematiche, con tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 [1]. Altresì, l'ingresso del familiare alla camera mortuaria (anche per decessi associati a infezione da SARS-CoV-2) può essere consentito se l'accesso alla stessa è separato e non interferisce con i percorsi

---

<sup>16</sup> Circolare del Ministero della Salute del 30 novembre 2020. Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura.

interni della struttura, nonché in presenza di idonee precauzioni e misure di protezione (compreso l'utilizzo di adeguati DPI, secondo quanto riportato nell'Allegato 4).

Le persone autorizzate all'ingresso vanno sottoposte al protocollo di sorveglianza 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].

Al fine di favorire gli accessi dei parenti e visitatori in sicurezza si raccomanda di effettuare test antigenici rapidi direttamente in loco. In caso di esito negativo i visitatori sono autorizzati ad accedere alla struttura secondo nel rispetto delle misure previste.<sup>17</sup>.

I parenti e i visitatori devono essere sensibilizzati sulle modalità messe in atto dalla struttura per la prevenzione del contagio e sui comportamenti da adottare durante l'incontro. Devono indossare la mascherina chirurgica (o altri DPI raccomandati), mantenere il distanziamento sociale ed effettuare l'igiene delle mani all'ingresso e all'uscita dalla struttura. Devono altresì essere fornite tutte le indicazioni comportamentali da tenere durante la permanenza in struttura [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;
- fare in modo che l'ingresso sia limitato ad una persona alla volta e previa esecuzione dell'igiene delle mani; si consiglia di individuare strategie per evitare il contatto tra fornitori e personale sanitario; in ogni caso deve essere rispettato il distanziamento sociale;

---

<sup>17</sup> Nursing Home Visitation COVID-19. QSO-20-39-NH. Posting date 17/09/2020. Centers for Medicare & Medicaid Services [www.cms.gov/files/document/qso-20-39-nh.pdf](http://www.cms.gov/files/document/qso-20-39-nh.pdf); Circolare del Ministero della Salute del 30 novembre 2020. Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, socioassistenti e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura.

- predisporre accessi e percorsi dedicati per fornitori, manutentori (eventuali altri soggetti che dovessero accedere) per migliorare il controllo dei flussi;
- verificare l'effettuazione dell'igiene delle mani alla fine delle operazioni.

## **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>18</sup>;
- rilevare quotidianamente la temperatura corporea di ogni singolo residente; nei soggetti in isolamento e clinicamente più fragili, garantire anche la rilevazione della saturazione e della frequenza respiratoria confrontando i dati con quelli basali [2];
- realizzare tamponi antigenici rapidi e/o molecolari sui residenti<sup>19</sup> [9] in presenza di sintomi suggestivi di Covid-19 o di altro caso sospetto o confermato di residenti (vedere punto 8) o in caso di contatto stretto con operatori positivi;
- compatibilmente con la capacità organizzativa della struttura di effettuazione dei test, può essere eseguito uno screening su tutti i residenti, con la medesima periodicità e modalità dello screening effettuato sugli operatori e ad esclusione dei residenti guariti da meno di 90 giorni.
- realizzare eventuali test sierologici se indicati da TF RSA e/o APSS.

### **6.2 Operatori**

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

- responsabilizzare gli operatori all'autocontrollo della sintomatologia (febbre e/o sintomi simil-influenzali<sup>7</sup>, anche lievi) ed alla segnalazione delle condizioni di rischio (es. familiare sintomatico);
- predisporre da parte della struttura la misurazione della febbre a inizio turno (di norma tramite termo-scanner) per tutti gli operatori. Tutti gli operatori sintomatici 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), privilegiando, a parità di indicazioni, l'utilizzo dell'accertamento meno invasivo;

---

<sup>18</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>19</sup> Sulla base delle evidenze scientifiche oggi disponibili e delle linee di indirizzo formulate dalle organizzazioni sanitarie internazionali, allo stato attuale non è opportuno testare persone che, dopo essersi ammalate, sono virologicamente guarite e asintomatiche; in queste situazioni, infatti, l'eventuale rilievo di un tampone positivo non dimostra la possibile contagiosità.

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

## **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. Va garantita la disponibilità della soluzione idroalcolica per l'igiene 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 periodiche di materiale sanitario da parte della Protezione Civile, per il tramite di UPIPA e di APSS in attuazione delle direttive per le RSA. In particolare, devono essere effettuate e documentate stime circa la qualità e le quantità necessarie per poter garantire la disponibilità anche in situazioni di crisi. In struttura deve essere sempre disponibile una scorta minima di DPI in grado di coprire il fabbisogno per almeno 30 giorni.

Per ulteriori indicazioni si rimanda all' Allegato 2.

### **7.3 Igiene e sanificazione ambientale**

Si raccomanda di revisionare e aggiornare il piano di pulizia e sanificazione ambientale con particolare attenzione alla frequenza di intervento, alle superfici toccate frequentemente, ai bagni, alle aree comuni, all'uso di detergenti e disinfettanti specifici, all'utilizzo di attrezzature dedicate. Tutte le superfici ad alta frequenza di contatto (es. maniglie, corrimani, tavoli, sedie e le altre superfici a rischio) devono essere deterse e disinfettate almeno 2 volte al giorno [1].

È necessario aerare frequentemente i locali (compresi alloggi dei residenti e aree di passaggio/comuni) e definire le modalità interne per effettuare la detersione/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.

Si raccomanda l'applicazione delle seguenti misure di sanificazione:

- gestione di dispositivi medici/attrezzature: utilizzo dispositivi monouso o personalizzati, trattamento dei dispositivi medici/attrezzature prima dell'uso su altri residenti (detersione e disinfezione con cloro-donatori 1.000 ppm o alcol 70%);
- gestione stoviglie: lavaggio in lavastoviglie a 60°C;
- gestione biancheria (piana e personale): lavaggio a 60°-90°C;
- igiene ambientale stanza/area isolamento: detersione e disinfezione con cloro-donatori 1.000 ppm delle superfici ambientali; detersione e disinfezione con cloro-donatori 5.000 ppm dei servizi igienici; detersione e disinfezione con cloro-donatori 1.000 ppm delle superfici frequentemente toccate almeno due volte al giorno; preferire utilizzo di panni monouso; trattamento di carrello e attrezzature dedicate all'area di isolamento;
- igiene ambientale stanza precedentemente occupata dal residente: arieggiare il locale; detersione e disinfezione con cloro-donatori 1.000 ppm delle superfici; sostituire il letto del residente contatto (necessario avere un letto aggiuntivo).

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

Il personale che effettua le procedure di sanificazione ambientale deve essere formato, rispettare i comportamenti di sicurezza e indossare correttamente tutti i DPI raccomandati [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 dei casi, in attesa di definizione diagnostica o prima del trasferimento ad altra struttura (RSA Covid/struttura Covid territoriale).

Per la gestione degli isolamenti dei casi sospetti e confermati va privilegiata la predisposizione di un'area dedicata in cui concentrare l'assistenza e relativi percorsi (se possibile, a senso unico) in grado di garantire quanto più possibile la separazione tra aree "pulite" e aree "sporche".

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 con il medesimo profilo di rischio 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.

Il numero di stanze di isolamento in ciascuna struttura (edificio) è stabilito nella seguente misura<sup>20</sup>:

- fino a 25 posti letto autorizzati: 1 stanza;
- da 26 a 60 posti letto autorizzati: 2 stanze;
- da 61 a 100 posti letto autorizzati 3 stanze;
- oltre i 100 posti letto autorizzati 4 stanze.

---

<sup>20</sup> Nei posti letto autorizzati sono inclusi anche i posti letto di casa di soggiorno.

Oltre alle stanze di isolamento ogni struttura dovrà garantire per la quarantena la disponibilità di una stanza da adibire a stanza singola con bagno dedicato fino a 80 posti letto<sup>19</sup> e di due sopra gli 80 posti letto. Ulteriori posti potranno essere individuati dalla struttura in accordo con la Provincia in relazione alle specifiche caratteristiche infrastrutturali.

Qualora il numero di stanze fosse insufficiente dovrà essere assicurato l'isolamento temporaneo in stanza ed eventualmente attivato il trasferimento del caso verso la RSA Covid. In questo caso la quarantena dei contatti stretti di caso va effettuata nella stanza del residente.

La riduzione dei posti che consegue la riorganizzazione secondo i predetti criteri, deve interessare prioritariamente i posti letto non convenzionati con il servizio sanitario provinciale.

Compatibilmente con la situazione della RSA, le aree di isolamento dovrebbero essere il più possibile individuate secondo un criterio di progressione in rapporto alla gravità ed al rischio diffusivo dell'infezione [1].

Nelle aree di isolamento/quarantena vanno evitati 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:

- percorsi pulito-sporco;
- percorsi di fornitura materiali (farmaci, presidi, biancheria);
- percorsi del servizio ristorazione soprattutto per quanto riguarda il riassetto postprandiale;
- 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 medici monouso 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 ed effettuare una accurata igiene;

Essenziale è:

- fornire al personale le indicazioni necessarie per il corretto approccio all'assistenza all'ospite caso sospetto/probabile/confermato per l'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 e ai comportamenti da seguire.

Nelle aree di isolamento/quarantena 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 standard e aggiuntive da contatto e droplet nell'assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di Covid-19: guanti, dispositivi di protezione respiratoria, occhiali di protezione/visiera, tuta/camice monouso (possibilmente idrorepellente), copricapo [11];
- praticare frequentemente l'igiene delle mani utilizzando il lavaggio con acqua e sapone e/o la frizione alcolica secondo le indicazioni OMS;
- effettuare la sanificazione 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;
- detergere e disinfettare con alcol etilico al 70% o altro disinfettante conforme alle indicazioni ISS [16]: 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, eseguire l'igiene delle mani e far indossare/mantenere la mascherina chirurgica all'ospite;
- 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 (vedere Allegato 4), 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: 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/tuta, 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 (vedere Allegato 4).

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 da mettere in atto per ridurre le occasioni di contatto all'interno della struttura con casi sospetti/probabili/confermati, anche solo temporaneamente presenti nella struttura, compatibilmente con la situazione strutturale e contingente, sono:

- prevedere al massimo due residenti per stanza;
- 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];
- 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 la mascherina chirurgica (se tollerata) ed eseguire/far eseguire frequentemente l'igiene delle mani ai residenti;
- utilizzare gli ambienti comuni il meno possibile e in momenti differenti della giornata, 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, teli in plastica o separé;
- separare gli spogliatoi in base alla destinazione degli operatori (per piano, nucleo) se la compartimentazione non risulta tecnicamente realizzabile possono essere individuate altre modalità funzionali di separazione, ad esempio tramite nastri o strisce posizionate a terra, teli in plastica o separé;
- 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>21</sup> [2];
- individuare il luogo di eventuale consumazione del pasto per il personale, con idonei locali e con opportune indicazioni sulla vestizione/destituzione 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 casi tra i residenti, procedure diagnostiche e misure di isolamento**

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” e alla classificazione proposta dall'ECDC specificamente per le RSA, riportata nelle definizioni [2].

Nell'identificare il caso sospetto di Covid-19 tra i residenti, la valutazione clinica assume un ruolo rilevante e deve essere mirata a evidenziare la presenza di manifestazioni tipiche o atipiche di malattia (anamnesi, esame obiettivo, saturimetria, temperatura, ecc).

L'accertamento diagnostico per la conferma di caso sospetto necessita di test molecolare ai sensi della circolare del Ministero della Salute del 3 aprile 2020 e delle successive disposizioni<sup>22</sup>. Va sottolineato che allo stato attuale delle conoscenze e delle esigenze operative, nella gestione del percorso diagnostico, l'elevata accuratezza in particolare nei soggetti sintomatici e la rapidità di risposta rendono utile e raccomandata l'effettuazione di test antigenici rapidi anche come prima scelta. In questo caso il test molecolare di conferma del caso positivo, va effettuato nel più breve tempo possibile (entro 3 giorni).

I casi sospetti, con o senza link epidemiologico, vanno immediatamente isolati e sottoposti a test antigenico rapido o molecolare (non oltre le 12 ore), da parte del medico della struttura o di altro operatore sanitario in possesso delle competenze necessarie, secondo quanto stabilito dalle procedure interne di prescrizione e erogazione di tale attività.

Allo stato attuale delle conoscenze, sul caso sospetto (sintomatico) il risultato positivo di un test antigenico rapido è già indicativo di infezione da SARS-CoV-2 e della necessità di tempestiva messa in atto delle misure di isolamento; in caso di negatività al tampone antigenico rapido, il test

---

<sup>21</sup> Per quanto riguarda il nucleo di RSA di transito è possibile garantire la copertura infermieristica notturna con l'operatore della struttura di riferimento.

<sup>22</sup> Da ultima, circolare n. 35324 del 30 ottobre 2020 “Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica”.

(antigenico rapido o molecolare) può essere ripetuto entro 24 ore e/o possono essere eseguite altre indagini diagnostiche, quali l'ecografia toracica (il riscontro ecografico di interstiziopatia polmonare possono consentire di accelerare i tempi di accertamento diagnostico).

Il tampone può essere successivamente ripetuto entro 72 ore a fronte della mancata risoluzione della sintomatologia.

Il caso va segnalato con tempestività al coordinatore della TF RSA (telefonicamente e tramite email all'indirizzo mail [taskforceapsp@apss.tn.it](mailto:taskforceapsp@apss.tn.it), fornendo tutte le indicazioni del caso). La comunicazione con la task force va costantemente mantenuta sia per le RSA "Covid-free" che per le strutture nelle quali siano già presenti altri casi positivi.

Si sottolinea che l'esecuzione di un tampone naso faringeo in un paziente non collaborante è causa di una elevata percentuale di falsi negativi. La persona con demenza, soprattutto se agitata o ansiosa, può vivere l'esecuzione dell'esame come una aggressione e può reagire con ulteriore accentuazione dell'agitazione psicomotoria, con rifiuto fino all'aggressività [1b]. Pertanto, è necessario in primis gestire e stabilizzare il disturbo comportamentale e fornire un'informazione chiara e adeguata, cercando di instaurare una relazione di fiducia con il residente. Il tampone deve essere eseguito possibilmente in camera e condizioni di sicurezza per il residente e l'operatore (di norma è prevista la presenza di almeno due operatori). La contenzione fisica non deve essere applicata durante l'esecuzione del tampone [1b]. Qualora non fosse possibile effettuare il tampone è opportuno procedere con valutazioni cliniche e accertamenti diagnostici alternativi (es. test sierologico rapido, ecografia toracica).

Il materiale e la strumentazione per l'esecuzione dei tamponi è rifornito alle RSA da APSS, secondo i consueti canali di approvvigionamento. È necessario che la struttura garantisca costantemente al proprio interno la disponibilità di tutti i presidi necessari per l'effettuazione e lettura dei tamponi (per i test antigenici rapidi).

Al fine di garantire una risposta rapida il tampone molecolare deve essere mandato alla Microbiologia di APSS segnalando l'urgenza. Si richiama l'attenzione sul corretto invio dei campioni mediante gli appositi porta-provette e trasportati negli specifici contenitori per il trasporto dei campioni biologici; essenziale è anche presidiare la qualità dei dati trasmessi all'APSS tramite il preposto gestionale informatico.

In attesa dell'inquadramento diagnostico, le RSA devono gestire i casi sospetti come contagiosi mettendo in atto tutte le misure previste per la minimizzazione del rischio di contagio, quali l'isolamento del residente sospetto e dei contatti stretti (compagno di stanza e altri contatti) (vedere punto 10 e Allegato 3), l'uso dei DPI previsti per l'isolamento/quarantena da parte di tutto il personale che opera nell'assistenza al residente e dei contatti stretti, l'applicazione della mascherina chirurgica al sospetto e ogni altra misura ritenuta adeguata a confinare il rischio (vedere punto 7.4).

Nella gestione in isolamento di una persona con demenza affetta da Covid-19 devono essere considerate le peculiarità cliniche di ogni paziente. In particolare, nel caso la persona con demenza sia nella condizione di wandering (vagabondaggio) devono essere garantiti nella struttura spazi

sicuri nel rispetto delle norme di prevenzione e controllo delle infezioni e deve essere evitato il ricorso a mezzi di contenzione fisica. Si raccomanda in particolare di rendere le camere personali ancora più accoglienti creando percorsi per il wandering [1b].

In presenza di un caso confermato è necessaria l'effettuazione del tampone molecolare sui contatti stretti, nonché di test (molecolari o antigenici rapidi) sui residenti indenni di nucleo/settore/struttura e sugli operatori, sulla base delle indicazioni della TF RSA (i test non vanno effettuati su residenti o operatori guariti da meno di 90 giorni). Tale strategia è indispensabile per l'intercettazione e l'isolamento nel più breve tempo possibile di tutti i possibili contatti asintomatici.

Il focolaio viene dichiarato in presenza di casi positivi tra i residenti con conferma di link epidemiologico locale.

Ove la struttura sia correttamente compartimentata e il focolaio circoscritto a un determinato nucleo/settore, la definizione di focolaio e l'interruzione degli inserimenti dei residenti è limitata alla zona compartimentata interessata dal contagio, fino alla dichiarazione di risoluzione del focolaio (vedere 9.4). Tale valutazione è condotta dalla RSA di concerto con la TF RSA. In alternativa gli inserimenti vengono interrotti secondo quanto previsto ai punti 5.1 e 9.4.

L'Allegato 6 riporta una flow chart del percorso diagnostico da impostare.

## **9. Gestione dei residenti positivi al Covid-19**

### **9.1 Criteri di trasferimento dei residenti**

Quando in una RSA Covid-free vengono confermati uno o più casi positivi di norma va valutato il trasferimento nella RSA Covid. Qualora il numero dei contagiati fosse rilevante la TF RSA in accordo con l'RSA valuta la fattibilità di un isolamento efficace presso la struttura.

La necessità di trasferimento viene stabilita dalla TF RSA con l'accordo del direttore della RSA di provenienza e di destinazione. La RSA inviante prenderà contatto con i familiari fornendo le informazioni e i chiarimenti del caso.

Nel caso in cui fosse necessario definire priorità per l'invio presso la RSA Covid più appropriata, vanno privilegiati, a parità di condizioni cliniche (e di possibilità di tollerare il trasferimento), i soggetti in fase sintomatica (in funzione della loro maggiore contagiosità e durata di malattia prima della riammissione nelle aree indenni), i soggetti per i quali è più complesso gestire il corretto isolamento (non collaboranti e wandering) e le RSA in situazioni più critiche.

I residenti trasferiti vengono inseriti presso la RSA Covid/struttura Covid territoriale più appropriata in relazione al bisogno e alla complessità assistenziale.

## 9.2 Gestione clinica dei casi confermati Covid-19

Per il trattamento dell'infezione da SARS-CoV-2 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) e relative integrazioni e indicazioni fornite periodicamente dai referenti clinici di APSS e dalla TF RSA sulla base dell'evoluzione delle conoscenze e delle strategie terapeutiche e assistenziali.

La TF RSA 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 (internista, geriatra, pneumologo, ecc.).

Il trasferimento in ospedale è effettuato in relazione allo stato di malattia e alle condizioni cliniche contingenti non gestibili nel contesto della RSA.

## 9.3 Negativizzazione e certificazione di guarigione

Residente asintomatico (Allegato 5) [14]:

Dopo 10 giorni dalla data di primo tampone positivo, la persona positiva viene sottoposta all'esecuzione di tampone naso faringeo per la ricerca di SARS-CoV-2:

- se il test risulta negativo, si interrompe l'isolamento<sup>23</sup>;
- se il test risulta positivo, si ripete l'esecuzione del tampone molecolare a distanza di 3 giorni e così via fino alla presenza di un risultato negativo.

A scopo precauzionale, il residente resta in isolamento fino alla negativizzazione del tampone molecolare<sup>24</sup>.

Residente sintomatico (Allegato 5) [14]:

Dopo 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (di cui almeno 3 giorni senza sintomi), la persona positiva viene sottoposta all'esecuzione di tampone naso faringeo per la ricerca di SARS-CoV-2:

- se il test risulta negativo, la persona è guarita e si interrompe l'isolamento<sup>23,24</sup>;
- se il test risulta positivo, si ripete l'esecuzione del tampone molecolare a distanza di 3 giorni e così via fino alla presenza di un risultato negativo.

A scopo precauzionale, il residente resta in isolamento fino alla negativizzazione del tampone molecolare.

Per completezza si veda l'Allegato 5 [1]<sup>25</sup>.

---

<sup>23</sup> Allo stato attuale delle conoscenze, si ritiene che passati i termini temporali stabiliti per l'interruzione dell'isolamento la carica virale sia così bassa da rendere il soggetto non più in grado di contagiare; per la negativizzazione/guarigione si ritiene non sia necessaria la ripetizione del tampone dopo il primo risultato negativo.

<sup>24</sup> Recenti studi scientifici e raccomandazioni nazionali internazionali (CDC, ECDC) evidenziano che le misure di isolamento potrebbero essere interrotte dopo dieci giorni dal test positivo per le persone asintomatiche e dopo 21 giorni per le persone sintomatiche. Allo stato attuale, si ritiene comunque che a scopo precauzionale, in una struttura residenziale (che si configura come “comunità chiusa”) fino alla effettiva negativizzazione del test molecolare sia comunque opportuno mantenere tutte le misure preventive atte a minimizzare il rischio di contagio.

I soggetti precedentemente positivi e guariti nei 90 giorni successivi alla guarigione vengono sottoposti a tamponi e eventuali misure di sanità pubblica (es. come “contatto stretto”) esclusivamente se sintomatici; per ulteriori elementi si veda anche l’Allegato 2: Gestione di operatori positivi o contatto stretto di caso confermato - Indicazioni di gestione dei soggetti guariti).

#### **9.4 Risoluzione del focolaio**

Allo stato attuale, salvo diverse indicazioni specifiche, il focolaio si intende risolto dopo 14 giorni dall’ultimo caso [2]. La dichiarazione di RSA “Covid-free” viene effettuata da parte della TF RSA in collaborazione con la struttura. La dichiarazione comporta una verifica dell’assenza di casi di infezione da SARS-CoV-2 tra i residenti. Tale verifica va effettuata nel più breve tempo possibile (di norma 7 giorni).

La RSA “Covid-free” deve garantire il sistematico monitoraggio dello stato di salute dei residenti (e degli operatori) e la tempestiva allerta della TF RSA qualora si presentassero nuovi casi.

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

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. 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].

I residenti, contatti stretti di caso, vanno isolati nella propria stanza o nell’area appositamente individuata, se non utilizzata per casi sospetti o confermati.

Il residente viene quindi sottoposto a tampone molecolare:

- se il tampone risulta positivo viene gestito come caso positivo e va posto in isolamento;
- se il tampone risulta negativo, la persona va considerata non infetta; va comunque mantenuta in quarantena e monitorata con particolare attenzione per intercettare tempestivamente l’insorgenza di segni e sintomi suggestivi di infezione.

Dopo 14 giorni dalla fine dell’esposizione a rischio, il residente viene nuovamente sottoposto all’esecuzione di test molecolare:

- se il tampone risulta positivo viene gestito come caso positivo;
- se il tampone risulta negativo, si interrompe la quarantena.

---

<sup>25</sup> Come da previsioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12 ottobre 2020: “Covid-19: Indicazioni per la durata ed il termine dell’isolamento e della quarantena” adattata alle strutture sanitarie e socio-sanitarie della Provincia autonoma di Trento con circolare prot. n. 651638 di data 22/10/2020 a firma del dirigente del Dipartimento Salute e Politiche Sociali.

Per quanto riguarda le misure rivolte agli operatori si veda l'Allegato 2.

Altri soggetti (es. familiari, fornitori) 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 RSA, 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 ed 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 e aggiornare [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;
- le modalità di suddivisione della 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 stanze/aree da adibire all'isolamento dei residenti;
- 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;
- 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>26</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>26</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**

### **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 attuata dal MC ponga particolare attenzione ai soggetti fragili e/o con patologie croniche e anche in relazione all'età: persone di età superiore ai 55 anni. Sul punto si precisa che, secondo quanto riportato nella circolare ministeriale n. 13 del 4/09/2020, l'età superiore a 55 anni non rappresenta una condizione di fragilità di per sé, ma solo se è associata alle patologie che possono ingenerare un maggior rischio (stabilite dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 8 marzo 2020 e successivamente precisate dal Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 188), 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>27</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.

### **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. Nell'odierna fase epidemiologica, si raccomanda particolare attenzione alla responsabilizzazione degli operatori sul rispetto, anche al di fuori dei turni di lavoro, del distanziamento fisico e degli altri provvedimenti in vigore, compresi il cercare di limitare ambienti e interazioni a rischio di contagio e la promozione dell'uso della App Immuni per supportare le attività di contact tracing.

---

<sup>27</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.

Si richiamano referente Covid, equipe multidisciplinare e RSPP 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 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 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.

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" (es. logistiche, infrastrutturali, impiantistiche), sulla base della valutazione del rischio effettuata, deve in ogni caso salvaguardare, specie nei casi di particolare difficoltà nell'individuazione di percorsi e/o spazi efficacemente separati tra "sporco" e "pulito", l'adozione in via precauzionale di dispositivi di maggiore protezione: guanti, filtranti facciali FFP2, occhiali di protezione/visiera, grembiule/camicia monouso (idrorepellente) e copricapo. Sul punto si precisa che allo stato attuale delle conoscenze tecnico-scientifiche e delle esigenze di prioritizzazione nell'uso dei DPI, è opportuno che il ricorso alla mascherina FFP2 debba essere riservato alle attività assistenziali a maggior rischio, comportanti un'esposizione diretta a casi sospetti o confermati<sup>28</sup>.

Nell'Allegato 4 è riportato un prospetto riassuntivo sull'utilizzo dei DPI nei diversi setting della residenza sanitaria assistenziale.

Per ogni altra situazione non esplicitamente descritta nelle presenti Linee Guida si rinvia a quanto definito nei citati documenti e relativi aggiornamenti dell'ISS [14].

---

<sup>28</sup> Per approfondimenti, si veda il documento dell'European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – Fifth update. 6 October 2020. ECDC: Stockholm; 2020, nonché quanto previsto nell'allegato 4 - Scelta ed utilizzo delle mascherine - del Protocollo generale per la sicurezza sul lavoro rev. 7- 31 luglio 2020 della Provincia autonoma di Trento. N. straordinario n. 1 al B.U. n. 31/Sez. gen. del 03/08/2020.

## **Gestione di operatori positivi o contatto stretto di caso confermato**

### Operatore positivo asintomatico (Allegato 5):

Dopo 10 giorni dalla data di primo tampone positivo (es. realizzato nell'ambito dei tamponi molecolari di screening periodico)<sup>29</sup>, l'operatore viene sottoposto all'esecuzione di tampone molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2:

- se il test risulta negativo, si interrompe l'isolamento<sup>30</sup>;
- se il test risulta positivo, si ripete l'esecuzione del tampone molecolare a distanza di 3 giorni e così via fino alla presenza di un risultato negativo.

Dopo 21 giorni dalla data del primo test positivo, l'operatore effettua test molecolare o test rapido antigenico:

- se il test risulta negativo, si interrompe l'isolamento<sup>29</sup> e la persona riprende la sua ordinaria attività lavorativa;
- se il test risulta positivo, l'operatore rientra in comunità. Per quanto riguarda l'attività lavorativa, la persona non può essere destinata ad attività assistenziale diretta: è consentita l'attività a basso rischio di contagio e con l'utilizzo di DPI appropriati. Il test dovrà essere effettuato con cadenza settimanale a cura della struttura di appartenenza; a seguito di risultato negativo, l'operatore riprende la sua ordinaria attività lavorativa.

### Operatore positivo sintomatico (Allegato 5):

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 ed effettuare il tampone molecolare 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 correttamente. Il tampone molecolare deve sempre confermare l'esito dell'eventuale test antigenico rapido precedentemente eseguito.

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. In caso di conferma diagnostica, il soggetto rimane in isolamento domiciliare.

Dopo 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (di cui almeno 3 giorni senza sintomi, non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo), l'operatore viene sottoposto all'esecuzione di test molecolare su tampone oro/naso faringeo per la ricerca di SARS-CoV-2:

---

<sup>29</sup> Va evidenziato che allo stato attuale (accuratezza e finalità di utilizzo di test sono un ambito in costante evoluzione tecnico-scientifica) nei contesti comunitari la positività al test rapido può consentire di stabilire che la persona è positiva, anche senza la fase di conferma del risultato del test con tampone molecolare, al fine di mettere tempestivamente in atto le misure di isolamento e programmare il tampone di fine isolamento.

<sup>30</sup> Allo stato attuale delle conoscenze, si ritiene che passati i termini temporali stabiliti per l'interruzione dell'isolamento la carica virale sia così bassa da rendere il soggetto non più in grado di contagiare; per la negativizzazione si ritiene non sia necessaria la ripetizione del tampone dopo il primo risultato negativo.

- se il test risulta negativo, l'operatore è guarito e si interrompe l'isolamento<sup>30</sup>;
- se il test risulta positivo, si ripete l'esecuzione del tampone molecolare a distanza di 3 giorni e così via fino alla presenza di un risultato negativo.

Dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi, la persona effettua test molecolare su tampone oro/naso faringeo o test rapido antigenico su tampone naso faringeo o nasale:

- se il test risulta negativo, si interrompe l'isolamento e l'operatore riprende la sua ordinaria attività lavorativa<sup>31</sup>;
- se il test risulta positivo, l'operatore rientra in comunità. Per quanto riguarda l'attività lavorativa, la persona non può essere destinata ad attività assistenziale diretta: è consentita attività a basso rischio di contagio con l'utilizzo di DPI appropriati. Il test dovrà essere effettuato con cadenza settimanale a cura della struttura di appartenenza; a seguito di risultato negativo, la persona riprende la sua ordinaria attività lavorativa.

#### Operatore contatto stretto di caso confermato (Allegato 5):

Si precisa che l'operatore impegnato nell'assistenza diretta di un caso di Covid-19 non è da considerarsi "contatto stretto" quando l'attività assistenziale viene condotta con l'utilizzo completo e corretto dei DPI. Nel caso di contatto stretto con caso sospetto (lavorativo o extra-lavorativo), in attesa di conferma diagnostica di infezione da SARS-CoV-2, vanno messe in atto con particolare attenzione le precauzioni comportamentali (anche in comunità) e le misure di protezione individuale (DPI) atte a ridurre il rischio di contagio, non viene comunque interrotta o ridefinita l'attività lavorativa.

In presenza di contatto stretto di caso confermato, in particolare in ambito extra-lavorativo, qualora l'organizzazione delle attività consenta di sopperire all'assenza dell'operatore, si raccomanda la sospensione dell'attività lavorativa. In alternativa, al fine di garantire la continuità assistenziale e l'efficacia delle misure di compartimentazione adottate dalla struttura, l'attività prosegue destinando, per quanto possibile, il lavoratore ad attività a basso rischio di contagio e con l'utilizzo di DPI appropriati (per garantire il massimo livello di protezione di residenti e operatori nel caso in cui non possa essere evitato lo svolgimento di attività assistenziali). La persona viene monitorata attivamente dal datore di lavoro (o suoi delegati) per dieci giorni, durante il quale si applica la procedura relativa ai lavoratori di servizi essenziali.

In quinta giornata dall'ultimo contatto a rischio la persona effettua test molecolare su tampone naso faringeo:

- se il tampone risulta positivo, viene gestita come caso positivo e vengono attivate le misure di isolamento;
- se il tampone risulta negativo, prosegue l'attività lavorativa.

---

<sup>31</sup> Allo stato attuale delle conoscenze, si ritiene che passati i termini temporali stabiliti per l'interruzione dell'isolamento la carica virale sia così bassa da rendere il soggetto non più in grado di contagiare; per la negativizzazione si ritiene non sia necessaria la ripetizione del tampone dopo il primo risultato negativo.

Dopo dieci giorni dall'ultimo contatto a rischio la persona effettua test molecolare su tampone naso faringeo o test rapido antigenico nasale:

- se il test risulta positivo, viene gestita come caso positivo e vengono attivate le misure di isolamento;
- se il test risulta negativo, cessa ogni misura preventiva.

Il risultato negativo del test diagnostico effettuato prima del decimo giorno di quarantena non comporta l'interruzione della stessa<sup>32</sup>.

Il caso positivo, mediante la reportistica del flusso tamponi, viene segnalato in automatico al Dipartimento di Prevenzione (Centrale Covid) che provvederà ad inviare il certificato di isolamento al caso e ai suoi conviventi, nonché a prenotare i tamponi di fine isolamento. Alla Centrale Covid compete di coordinare l'indagine epidemiologica e la sorveglianza del soggetto, in collaborazione con la struttura.

Si sottolinea che per il soggetto guarito da meno di 90 giorni non va trattato come contatto stretto (per esempio di positivizzazione di convivente) e non è necessaria la quarantena.

#### Caso positivo al test antigenico rapido

Qualora in alternativa al tampone molecolare venga effettuato un test antigenico rapido, va effettuato il test molecolare di conferma nel più breve tempo possibile (entro 3 giorni).

#### Isolamento domiciliare

Nel corso dell'indagine epidemiologica è necessario verificare la possibilità di corretto isolamento del soggetto positivo (o del contatto stretto) nei confronti degli altri soggetti conviventi. Qualora ciò non sia attuabile si deve proporre all'operatore di usufruire di alloggi a tal fine dedicati. La disponibilità di queste soluzioni può risultare particolarmente importante anche per evitare dilatazione dei tempi di ripristino dell'attività lavorativa ordinaria del contatto stretto di caso in situazioni di appartenenza allo stesso nucleo familiare di persone indenni e positive al Covid-19.

#### Possibilità di effettuare tamponi in RSA

Oltre ai tamponi di screening la struttura può effettuare per i propri operatori tamponi di diagnosi e di certificazioni di guarigione in collaborazione con APSS. Tali attività non prevedono oneri diretti a carico della struttura rientrando nelle azioni di sanità pubblica attuate a livello provinciale per la prevenzione e il controllo di SARS-CoV-2.

Per garantire una più tempestiva attestazione di guarigione e facilitare il rientro al lavoro in sicurezza dei propri dipendenti APSS può autorizzare le strutture, se in possesso di caratteristiche strutturali/organizzative adeguate, ad effettuare direttamente i tamponi di guarigione per i propri dipendenti e i loro familiari conviventi.

---

<sup>32</sup> Circolare n. 35324 del 30 ottobre 2020 "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica".

### Rientro al lavoro

Il tampone da eseguire al lavoratore, al rientro in sede dopo una assenza per malattia non correlata al Covid-19, per ferie o aspettative di durata di almeno due settimane, è opportuno che venga effettuato presso la struttura successivamente alla ripresa dell'attività lavorativa (l'operatore svolge regolarmente la propria attività lavorativa in attesa dell'esito del tampone di monitoraggio). Qualora la tempistica lo consenta tale tampone può coincidere con quello di screening periodico degli operatori previsto ai sensi delle vigenti Linee Guida RSA (Allegato 3).

### Indicazioni di gestione dei soggetti guariti.

Allo stato delle attuali evidenze scientifiche il rischio di reinfezione a 45 giorni dal primo episodio è molto basso (0,04%) e gli anticorpi IgG specifici per SARS-CoV-2, presenti in oltre il 90% delle persone che sono state infettate, sono stati rilevati in quasi tutti gli individui almeno fino a 90 giorni<sup>33</sup>. Tuttavia, considerato il numero molto limitato di casi di recidive confermate e applicando il principio di precauzione, allo stato attuale si prevede che vengano rivalutati i casi guariti sintomatici contatti stretti di soggetto positivo. Vanno altresì rivalutati tutti gli individui, precedentemente positivi e definiti guariti, riesposti dopo tre mesi ad un caso positivo come contatto stretto. È necessario, pertanto, sospendere l'esecuzione di ulteriori tamponi a seguito di guarigione accertata da tampone molecolare (svolto secondo adeguate tempistiche) purché non si incorra nelle condizioni precedentemente riportate.

### Redazione del certificato INAIL

*Per chi va fatta:* 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.

---

<sup>33</sup> European Centre for Disease Prevention and Control. Reinfection with SARS-CoV: considerations for public health response: ECDC; 21 September 2020.

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

Lo screening mediante tampone agli operatori (molecolare, rapido o altre modalità indicate da APSS in relazione all'esperienza e allo sviluppo delle conoscenze) rappresenta allo stato attuale lo strumento più affidabile ed efficace per individuare eventuali positività al Covid-19 che dovessero insorgere tra gli operatori asintomatici consentendo così di mettere tempestivamente in atto le necessarie misure di prevenzione e isolamento (aspetto essenziale per tutelare la salute degli ospiti nelle "comunità chiuse" quali le 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, l'APSS pianifica e comunica periodicamente, alle RSA, alle rappresentanze dei lavoratori e al Tavolo Covid RSA, target (tipologia di operatori/lavoratori coinvolti e di struttura), strategia e protocollo di effettuazione dei tamponi di screening e dei test sierologici classici.

Si conferma il seguente schema di effettuazione dei tamponi di screening e dei test sierologici.

<b>TARGET</b>	<b>TAMPONE MOLECOLARE</b>	<b>TAMPONE ANTIGIENICO RAPIDO</b>	<b>TEST SIEROLOGICI</b>
<u>Tutti gli operatori</u> *	Ogni 7-14 giorni [2] come da indicazioni APSS/PAT	Ogni 3-4 giorni [2] <sup>34</sup> come da indicazioni APSS/PAT	Come da indicazioni APSS/PAT <sup>35</sup>

\*Possono essere esclusi dal monitoraggio i soggetti guariti da meno di novanta giorni [9].

Nella fase attuale della pandemia, i tamponi di screening degli operatori vanno effettuati con test molecolare e cadenza settimanale (ogni sette giorni), cercando di privilegiare nell'effettuazione degli stessi la seconda parte della settimana lavorativa/fine settimana. In attesa dell'esito del tampone di monitoraggio viene regolarmente svolta l'attività lavorativa. L'attività di screening con tale periodicità è estremamente importante per le strutture che finora sono risultate prevalentemente indenni al contagio da SARS-CoV-2.

Si precisa che i test sierologici, secondo le indicazioni dell'OMS, non sostituiscono il test di screening o diagnostico 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].

---

<sup>34</sup> European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK, 19 November 2020. Stockholm: ECDC; 2020.

<sup>35</sup> Gli eventuali test sierologici sui residenti vanno realizzati sulla base di indicazioni di APSS.

## ALLEGATO 4: DPI raccomandati

Setting	Residente da tutelare	Attività	Destinatario dell'indicazione	Dispositivi di protezione raccomandati <sup>36</sup>	Note, Indicazioni sull'utilizzo <sup>37</sup>
<b>Aree RSA</b> <sup>38</sup> - stanze di degenza, locali adibiti a attività sanitaria, spazi comuni interni o esterni (vita comunitaria, visite dei familiari, ecc.)	Indenne	Assistenza diretta al residente (igiene, alzate, cure infermieristiche, fisioterapia, ecc.)  Attività di gruppo e inclusive  Spostamenti nella struttura	Residente	Mascherina chirurgica, se tollerata	Quando si indossa il facciale filtrante (FFP2/FFP3) è importante effettuare la prova di tenuta. Se il FFP è dotato di valvola espiratoria è indicato sovrapporre una mascherina chirurgica. Al fine di garantire l'aderenza del FFP al viso dell'operatore si raccomanda di raccogliere i capelli lunghi, non portare barba e/o basette lunghe.
	Guarito		Operatore sanitario/socio-sanitario	Mascherina chirurgica, altri dispositivi di protezione secondo le indicazioni delle precauzioni standard in relazione all'attività svolta (es. guanti per procedure a rischio di contatto con fluidi corporei e secrezioni)	
		Esecuzione tampone oro/naso faringeo o procedure a rischio di generazione di aerosol	Operatore sanitario/socio-sanitario	FFP2/FFP3, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti e copricapo	

<sup>36</sup> Raccomandazioni per la tutela dei residenti, degli operatori e degli altri soggetti che accedono al contesto residenziale formulate in coerenza con indicazioni internazionali e nazionali di riferimento, conoscenze scientifiche e esperienza sul campo di utilizzo di DPI nei contesti residenziali. Si ricorda che la dotazione di DPI della struttura viene stabilita (e rivalutata periodicamente) dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione, del referente Covid, del medico competente e del comitato multidisciplinare. L'uso delle mascherine deve essere sempre corretto e combinato con altre azioni di prevenzione/igiene personale e respiratoria. Si ribadisce la necessità di prestare particolare attenzione alla protezione dei soggetti indenni.

<sup>37</sup> Indicazioni generali e specifiche su precauzioni e dispositivi di protezione in assenza o presenza di casi sospetti e confermati (filtranti facciali, camici/grembiuli, protezioni oculari...).

<sup>38</sup> Si intendono compresi nuclei/aree non adibiti a quarantena o isolamento.

		Accessi in stanza per ragioni diverse dall'assistenza diretta	Residente	Mascherina chirurgica, se tollerata	
			Operatore addetto alle pulizie (o altro operatore autorizzato)	Mascherina chirurgica, altri dispositivi di protezione secondo le indicazioni delle precauzioni standard in relazione all'attività svolta (es. guanti per la sanificazione ambientale)	
		Accesso in spazi di visita dedicati o spazi esterni	Familiare autorizzato	Mascherina chirurgica	
<b>Stanza/area isolamento</b> <sup>39</sup>	Caso sospetto	Assistenza diretta al residente	Residente	Mascherina chirurgica, se tollerata, in modo particolare durante gli spostamenti	Quando si indossa il facciale filtrante (FFP2/FFP3) è importante effettuare la prova di tenuta. Se il FFP è dotato di valvola espiratoria è indicato sovrapporre una mascherina chirurgica. Al fine di garantire l'aderenza del FFP al viso dell'operatore si raccomanda di raccogliere i capelli lunghi, non portare barba e/o basette lunghe.  È possibile l'utilizzo di dispositivi di protezione del viso (filtranti facciali, occhiali/visiera) per più residenti senza
		Eventuali spostamenti nella struttura	Operatore sanitario/socio-sanitario	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti, copricapo	
	Caso positivo	Esecuzione tampone oro/naso faringeo o manovre/procedur e a rischio di generazione di aerosol	Operatore sanitario	FFP2/FFP3, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti, copricapo	

<sup>39</sup> Nella RSA vengono individuate strutturalmente e/o funzionalmente secondo i criteri di progressione in rapporto alla gravità e al rischio diffusivo dell'infezione zone per la gestione dei residenti "quarantinati", "contatti stretti", sospetti e contagiati (area Covid). Si raccomanda di ridurre al minimo il numero degli addetti esposti assicurando formazione e addestramento specifici.

		Accessi in stanza per ragioni diverse dall'assistenza diretta	Operatore addetto alle pulizie (o altro operatore eccezionalmente autorizzato)	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti, copricapo	rimozione, purché non siano danneggiati/contaminati.  Si raccomanda la sostituzione dei guanti se contaminati, nel passaggio tra una procedura sporca e una pulita, nel passaggio tra un ospite e l'altro  I camici (con certificazione per rischio biologico) possono essere monouso o pluriuso. Se pluriuso rispettare le indicazioni del produttore per il riutilizzo (modalità lavaggio e numero di trattamenti).  Nell'assistenza a ospiti sospetti si raccomanda la sostituzione del camice tra un ospite e l'altro.
			Familiare eccezionalmente autorizzato	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice, guanti, copricapo, sovrascarpe	
<b>Stanza/area</b>		Assistenza diretta al residente	Residente	Mascherina chirurgica , se tollerata, in modo particolare durante gli spostamenti	Quando si indossa il facciale filtrante

<sup>40</sup> L'adozione di misure logistiche idonee a garantire adeguato distanziamento fisico e quarantena del residente che entra in RSA proveniente dal territorio o successiva a ricovero/accesso ospedaliero a rischio ha lo scopo di garantire un'ulteriore barriera contro la diffusione del virus da soggetti in una possibile fase di incubazione. Tra le aree adibite a quarantena precauzionale sono ricomprese anche le strutture di "transito" (vedere 5.1).

<sup>41</sup> Generalmente il compagno di stanza "contatto stretto" del caso sospetto/confermato va sottoposto a quarantena in stanza singola, adottando le medesime precauzioni previste per il caso sospetto o confermato.

<sup>42</sup> La quarantena è necessaria solamente per i guariti da oltre 90 giorni, soggetti per i quali vi è un rischio documentato di reinfezione [9].

<b>quarantena</b> <sup>40</sup> -	Contatto stretto <sup>41</sup>	Eventuale spostamento nella struttura	Operatore sanitario/socio-Sanitario	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta guanti, copricapo	<p>(FFP2/FFP3) è importante effettuare la prova di tenuta. Se il FFP è dotato di valvola espiratoria è indicato sovrapporre una mascherina chirurgica. Al fine di garantire l'aderenza del FFP al viso dell'operatore si raccomanda di raccogliere i capelli lunghi, non portare barba e/o basette lunghe.</p> <p>È possibile l'utilizzo di dispositivi di protezione del viso (filtranti facciali, occhiali/visiera) per più residenti senza rimozione, purché non siano danneggiati/contaminati.</p> <p>Si raccomanda la sostituzione dei guanti se contaminati, nel passaggio tra una procedura sporca e una pulita, nel passaggio tra un ospite e l'altro.</p> <p>I camici (con certificazione per rischio biologico) possono essere monouso o pluriuso. Se pluriuso rispettare le indicazioni del produttore per il riutilizzo (modalità lavaggio e numero di trattamenti).</p> <p>Nell'assistenza a ospiti in quarantena si raccomanda la sostituzione del camice tra un ospite e l'altro.</p>
		Esecuzione tampone oro/naso faringeo o manovre/procedur e a rischio di generazione di aerosol	Operatore sanitario/socio-sanitario	FFP2/FFP3, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti, copricapo	
	Indenne/ Guarito <sup>42</sup> con esposizione comunitaria/ ospedaliera a rischio	Accessi in stanza per ragioni diverse dall'assistenza diretta	Operatore addetto alle pulizie (o altro operatore eccezionalmente autorizzato per attività non procrastinabili)	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice/tuta, guanti, copricapo	
			Familiare eccezionalmente autorizzato	FFP2, occhiali di protezione/visiera, camice, guanti, sovrascarpe, copricapo	
<b>Servizi di supporto (cucina, lavanderia,</b>	non previsto accesso del residente	Attività non assistenziali che comportano un contatto con	Operatore cucina nella preparazione pasti	Mascherina chirurgica, e rispetto norme HACCP	

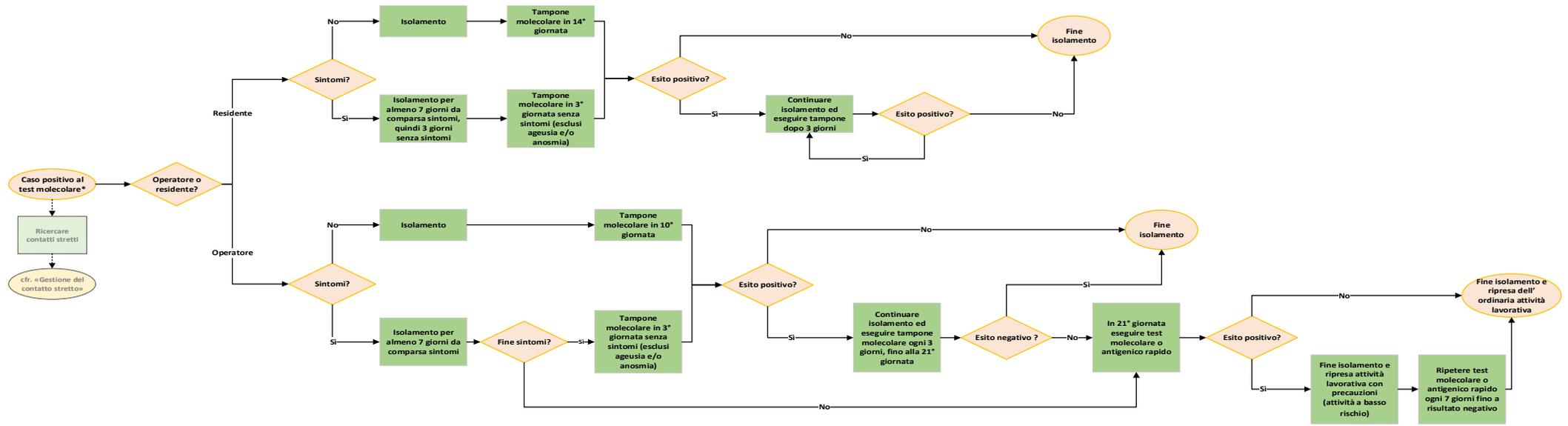
<b>manutenzione...)</b>		stoviglie, indumenti, materiali, ecc.	Operatore cucina per il lavaggio delle stoviglie pluriuso in area/stanze isolamento e quarantena	Mascherina chirurgica, occhiali/visiera, grembiule impermeabile, guanti	Ciclo di lavaggio in lavastoviglie a 60° Detersione e disinfezione dei carelli trasporto.
			Operatore lavanderia interna nella manipolazione biancheria dell'area/stanze isolamento e quarantena	Mascherina chirurgica, occhiali/visiera, camice, guanti	Ciclo di lavaggio della biancheria a 60°-90°  Se il lavaggio è esternalizzato seguire le indicazioni per la raccolta/consegna
			Altri operatori (fornitori, manutentori, ecc.)	Mascherina chirurgica	
<b>Camera mortuaria</b>		Attività a contatto con la salma	Operatore sanitario/socio-sanitario	Mascherina chirurgica, altri dispositivi di protezione secondo le indicazioni delle precauzioni standard in relazione all'attività svolta (es. guanti per procedure a rischio di contatto con fluidi corporei e secrezioni)	I DPI indicati sono raccomandati per la protezione delle persone che accedono alla camera mortuaria utilizzata per decessi non correlati all'infezione da SARS-CoV-2: nel caso di decesso in struttura di residente sospetto o positivo al Covid per gli operatori sono previsti i seguenti DPI: mascherina chirurgica, occhiali di protezione/visiera, sovracamice (più eventuale grembiule impermeabile), guanti; è previsto l'utilizzo del sacco salma per i casi sospetti o confermati ai sensi delle presenti linee guida.
	Attività che non comportano un contatto con la salma	Operatore addetto alle pulizie (o altro operatore autorizzato)	Mascherina chirurgica, altri dispositivi di protezione secondo le indicazioni delle precauzioni standard in relazione all'attività svolta (es. guanti per la sanificazione ambientale)		
			Familiare autorizzato <sup>43</sup>	Mascherina chirurgica	

<sup>43</sup> Non è previsto nessun contatto con la salma di soggetto sospetto o positivo al Covid-19.

<b>Area amministrativa</b>	non previsto accesso del residente	Attività amministrative che non comportano contatto con i residenti	Operatore amministrativo e tecnico	Mascherina chirurgica	
			Altri (fornitori, manutentori...)	Mascherina chirurgica	
<b>Mezzi di trasporto gestiti dall’RSA</b>	Indenne e guarito deambulante	Trasporti programmati (prestazioni ospedaliere, rientro in RSA)	Residente	Mascherina chirurgica se tollerata	È possibile il trasporto di due residenti, mantenendo il distanziamento possibile  Ventilare il mezzo e procedere alla sanificazione
			Operatore addetto alla guida	Mascherina chirurgica	
			Operatore sanitario/socio-sanitario accompagnatore	Mascherina chirurgica	

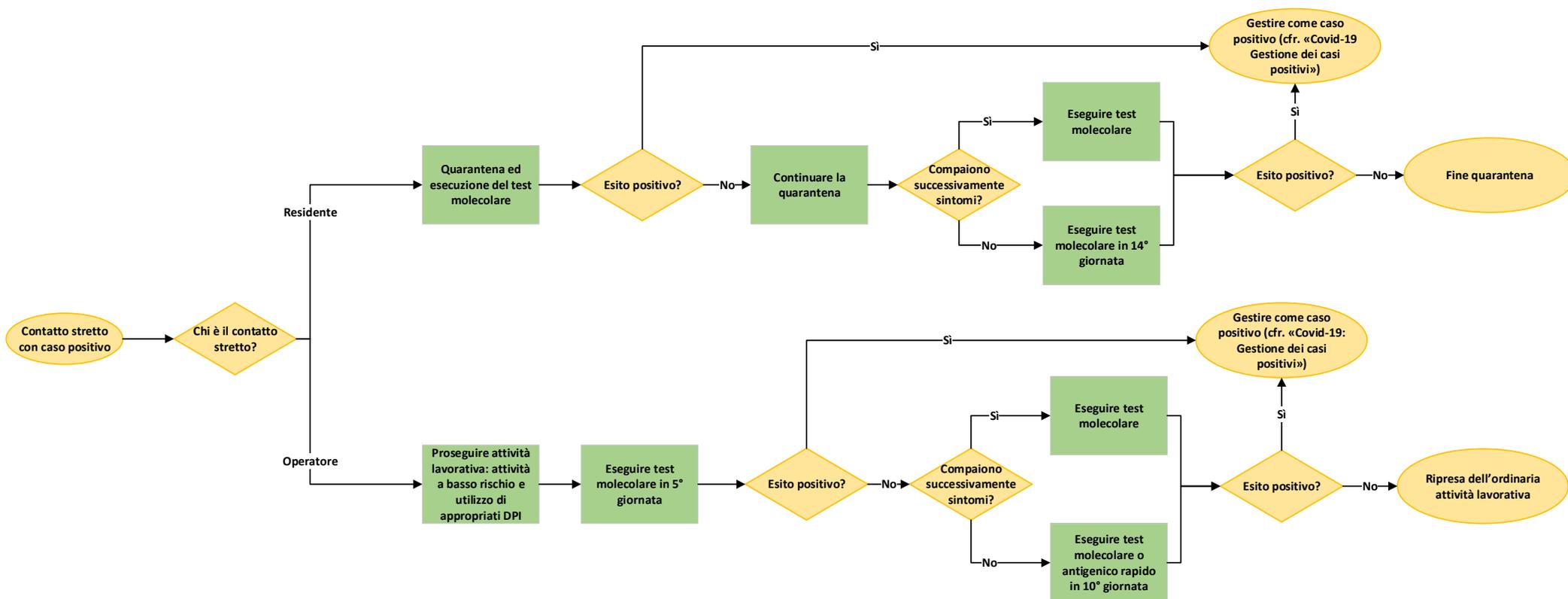
# ALLEGATO 5: Gestione di caso positivo e contatto stretto

## COVID-19: GESTIONE DEL CASO POSITIVO

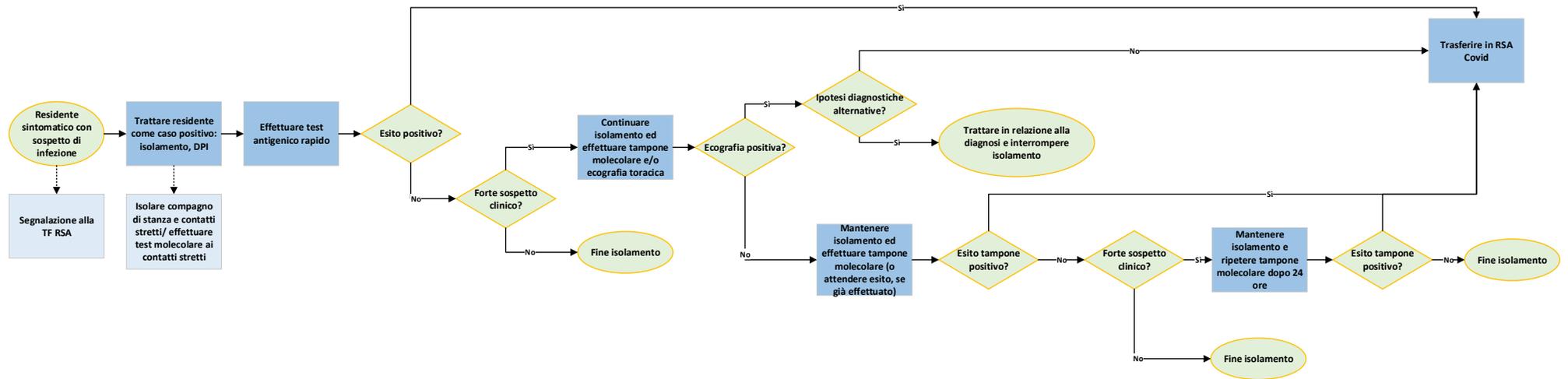


\*Anche la persona che risulta positiva ad un test antigenico rapido (es. screening) va posta in isolamento e trattata come se positiva a un tampone molecolare.

# COVID-19: GESTIONE DEL CONTATTO STRETTO



## ALLEGATO 6: COVID-19: percorso diagnostico per residente sospetto



## ALLEGATO 7: Prospetto di sintesi

### Misure generali di carattere organizzativo

- Garanzia dell'attività del Comitato multidisciplinare interno
- Implementazione e aggiornamento del «piano Covid-19» di prevenzione e intervento
- Garanzia del flusso informativo verso APSS
- Monitoraggio delle fonti informative di salute pubblica
- Mantenimento delle comunicazioni con operatori, residenti e familiari/caregiver
- Sorveglianza dei comportamenti di operatori, residenti e visitatori
- Rafforzamento di tutte le misure volte alla prevenzione e al controllo delle infezioni
- Predisposizione di un programma di medicina occupazionale
- Aggiornamento e integrazione del DVR
- Pianificazione della formazione del personale

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

#### RESIDENTI

- dal domicilio: ingresso in RSA dopo un periodo di quarantena (14 gg) nella RSA di transito e tampone negativo (no quarantena né tampone se ospite guarito da meno di 90 giorni)
- da ospedale/casa di cura privata dopo ricovero non correlato al Covid: ingresso in RSA dopo un periodo di quarantena (14 gg) nella RSA di transito per gli indenni e i guariti da oltre 90 giorni previa assenza sintomatologia e tampone negativo. Se la RSA di transito non è attiva: ingresso in RSA previa assenza sintomatologia e tampone negativo (e quarantena nella RSA di destinazione per gli indenni e i guariti da oltre 90 giorni)
- da ospedale/casa di cura privata/struttura Covid dopo ricovero correlato Covid: ingresso in RSA ad avvenuta guarigione e doppio tampone negativo (no quarantena né tampone)
- da hospice/struttura socio-sanitaria Covid free: ingresso in RSA con doppio tampone negativo.
- hospice/struttura socio-sanitaria non Covid free: ingresso in RSA previa assenza sintomatologia, tampone negativo e quarantena in RSA di destinazione

#### PARENTI E VISITATORI

- Ingresso dei parenti solo su autorizzazione della direzione sanitaria della struttura
- Predisposizione del registro degli accessi
- Visitatori eccezionalmente autorizzati: controllo TC, test antigenico, questionario anamnestico, indicazioni comportamentali, DPI

#### FORNITORI, MANUTENTORI E ALTRI OPERATORI

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

#### 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 quotidianamente la temperatura corporea
- Realizzare tamponi antigenici rapidi e/o molecolari in presenza di sintomi suggestivi o di altro caso sospetto o confermato tra i residenti o in caso di contatto stretto con operatori positivi
- Effettuare screening su tutti i residenti con le periodicità e modalità degli screening sugli operatori ad esclusione dei residenti guariti da meno di 90 giorni
- Effettuare test sierologici se indicati da TF RSA e/o APSS

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

#### PERSONALE

- Responsabilizzare 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
- Effettuare lo screening periodico, secondo le indicazioni di APSS/PAT

**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 della sanificazione
- 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 positivo  
al 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

- Mantenimento dell'isolamento
- Valutazione del rischio di esposizione al caso di altri residenti e operatori
- Valutazione del trasferimento presso RSA Covid
- Trattamento sintomatico e di supporto, raccordo con la Task Force RSA
- Dopo 10 giorni di malattia (di cui di almeno 3 senza sintomi), verifica della negativizzazione

**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 in collaborazione con la Task Force RSA

## Riferimenti bibliografici

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – Covid-19, ii. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-Cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie. Versione del 24 agosto 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS Covid-19, n.4/2020 Rev.).
  - (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).
  - (b) Tavolo per il monitoraggio e implementazione del Piano Nazionale delle Demenze. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale pandemia di COVID-19. Versione del 23 ottobre 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 61/2020).
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". Determinazione del Dirigente del Dipartimento Salute e politiche sociali n. 125 del 14 maggio 2020 "Disposizioni in merito alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: individuazione dell'ex RSA di Strigno quale "RSA di transito"". Determinazione del Dirigente del Dipartimento Salute e politiche sociali n. 154 del 16 luglio 2020 "Disposizioni in merito alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: utilizzo di parte della RSA di Volano, di proprietà dell'APSP "Opera Romani" di Nomi, come "RSA di transito", ai sensi della deliberazione provinciale n. 520/2020". Deliberazione della Giunta provinciale n. 1070 del 24 luglio 2020 "Disposizioni in merito alle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: potenziamento posti letto RSA di transito".
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". Deliberazione della Giunta provinciale n. 1565 del 9 ottobre 2020 "Disposizioni in merito alle residenze sanitarie assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: potenziamento posti letto RSA Covid". Determinazione n. 216 del 12 novembre 2020 "Disposizioni in merito alle residenze sanitarie assistenziali (RSA) a seguito dell'emergenza Coronavirus: individuazione di un nucleo Covid presso la struttura "Residenza Sacro Cuore di Arco".
9. Center for Disease Prevention and Control National - Center for Immunization and Respiratory Diseases, Division of Viral Diseases. Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19 Updated October 19, 2020. [www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html).
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 socio-sanitarie (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. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for discharge and ending of isolation of people with COVID-19, 16 October 2020. Stockholm: ECDC; 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.
16. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19. Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 13 luglio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 19/2020 Rev. 2).