

Atto di indirizzo sulla gestione degli ospiti/pazienti COVID-19 e sulla sicurezza e capacità di protezione epidemiologica delle unità d'offerta sociosanitarie e sanitarie della rete territoriale extraospedaliera

PREMESSA E STRUTTURA DEL DOCUMENTO

In applicazione della DGR 3913/2020, questo documento si propone di fornire alcune indicazioni per le strutture sociosanitarie, che a causa dell'emergenza pandemica, sono state coinvolte in eccezionali azioni di riconoscimento e cura delle persone con COVID-19. Si ritiene utile ricordare che l'emergenza pandemica ha coinvolto l'intero territorio nelle sue complesse articolazioni: cure primarie, continuità assistenziale, servizi residenziali e semiresidenziali per tutte le età della vita, comunità, servizi di cure palliative, servizi domiciliari, servizi ambulatoriali. Molte realtà sociosanitarie hanno anche dovuto affrontare le conseguenze della pandemia su popolazioni molto specifiche, con peculiari difficoltà applicative delle più frequenti indicazioni sia cliniche che normative. Ad esempio, persone con possibili problemi di comunicazione, di comportamento, di accettazione consapevole di regole difficili da tollerare; oppure, con una preesistente gravità delle condizioni cliniche e funzionali. Soprattutto in questi contesti si è manifestata una possibile discrepanza fra l'applicazione delle regole dettate dalla pandemia (distanziamento, isolamento, DPI, sicurezza epidemiologica) e i bisogni più articolati di persone e famiglie.

In questo senso, le indicazioni che saranno descritte vogliono essere di aiuto per una gestione consapevole della malattia da SARS-CoV-2, in contesti extra-ospedalieri territoriali dedicati a garantire primariamente socialità, qualità di vita e delle relazioni, arricchimento del tempo e attenzione ai bisogni e esistenziali, emotivi e sociali delle persone. Quanto indicato nelle pagine seguenti, fa quindi riferimento alla letteratura scientifica e alla normativa più aggiornata alla data della loro stesura, garantendo però attenzione alla necessità di una specifica attualizzazione organizzativa verso contesti non specialistici e soprattutto orientati all'assistenza e presa in carico di lungo periodo. In particolare, si è cercato di tenere conto anche delle esigenze delle strutture più orientate in senso educativo o psicologico o che, per modello organizzativo e di accreditamento, non dispongano di équipe integrate da medici o infermieri.

Il documento è diviso in tre parti, i cui capitoli sono preceduti da una o più schede riassuntive dei contenuti più rilevanti. Alcuni contenuti sono poi schematizzati in Flow Chart o Tabelle sintetiche.

1. **Parte Prima:** contiene alcune indicazioni generali per la rilevazione tempestiva dei segni e sintomi sospetti di COVID-19, con annotazioni specifiche rispetto alle presentazioni atipiche che possono ostacolare il suo riconoscimento in popolazioni specifiche. Propone anche un modello di valutazione del livello di stabilità/instabilità clinica e di classificazione per stadi di gravità della malattia, orientato a favorire la comunicazione fra servizi diversi e guidare le necessarie decisioni di cura. Alcune indicazioni potranno trovare piena applicazione nelle strutture e servizi che, per natura organizzativa e di accreditamento, dispongano già di équipe integrate da personale medico e infermieristico. Si cercherà, però, di fornire indicazioni utilizzabili anche da altro personale sanitario o da personale sociosanitario, ad esempio per l'attivazione del medico curante o dei servizi sanitari e di emergenza/urgenza.
2. **Parte Seconda:** affronta il tema del livello di protezione delle strutture sociosanitarie, mettendo a fuoco gli elementi che dipendono dai requisiti di esercizio e di accreditamento e quelli collegati alla singola unità d'offerta e alla sua particolare organizzazione. L'obiettivo è quello di fornire una guida alla valutazione dei livelli di rischio e di protezione che la struttura può garantire, per orientare le scelte di cura o di affidamento a servizi diversi; oppure, per suggerire azioni specifiche di miglioramento del livello di protezione. Per diversi motivi, anche legati alla specifica pericolosità della COVID-19 nelle classi di età più avanzate, questa parte ha un focus più specifico per l'età anziana, le RSA e le forme di assistenza residenziale più strutturate sotto il piano organizzativo.
3. **Parte Terza:** propone la necessità di indicazioni di comportamento o attenzioni specifiche per le strutture a maggiore o prevalente vocazione educativa o sociale o che affrontano popolazioni specifiche: salute mentale, dipendenze, disagio sociale, demenza, fragilità, vulnerabilità, cure di fine

vita, minori. In queste popolazioni, le attenzioni proprie della prevenzione e gestione della COVID-19 (utilizzo dei DPI, distanziamento sociale, isolamento, ricorso ai servizi ospedalieri) possono essere difficili da applicare o possono addirittura contribuire alla rottura di equilibri esistenziali e emotivi difficilmente raggiunti e difficili da mantenere. Non è un tema che si presti a soluzioni facili o immediate, data la notevole variabilità delle popolazioni in oggetto. Si tratta quindi di identificare spazi di personalizzazione e adattamento appropriato a tutela degli enti e delle persone, oppure di definire gradi di libertà condivisi e di sistema, guidati e governati dalla interazione con ATS e ASST. Questa sezione è completata da un capitolo specifico dedicato alla Salute mentale e alla dipendenza.

Il documento integra quattro allegati:

- **sub allegato 1:** presentazione della NEWS 2 e istruzioni per la compilazione
- **sub allegato 2:** indicazioni sintetiche sulla terapia farmacologica nel paziente COVID
- **sub allegato 3:** cenni sulle modalità e indicazioni all'utilizzo dell'ossigenoterapia
- **sub allegato 4:** indicazioni specifiche per l'area Salute Mentale e Dipendenze.

Per gli scopi di questo documento, non si affronteranno temi o indicazioni già ben definite da atti normativi o istituzionali (ad esempio, utilizzo dei DPI o dei test diagnostici, regole per ricoveri o visitatori, sicurezza degli operatori, indicazioni specifiche per le cure primarie o i servizi sanitari e sociosanitari) che saranno riportati in bibliografia a cui si rinvia per eventuali approfondimenti. Le indicazioni del presente documento tengono conto delle conoscenze scientifiche e della normativa attuali e, pertanto, sono suscettibili di cambiamenti in relazione all'evoluzione della situazione epidemiologica, nonché degli eventuali aggiornamenti scientifici e dei possibili nuovi indirizzi normativi a cui conseguentemente si rimanda.

LISTA DELLE ABBREVIAZIONI E ACRONIMI UTILIZZATI NEL TESTO

ATS	Agenzie Territoriali per la Salute
ASST	Aziende Socio Sanitarie Territoriali
COVID-19	Corona Virus Disease 2019
DGR	Delibera di Giunta Regionale
DVR	Documento di Valutazione del Rischio
ISS	Istituto Superiore di Sanità
NEWS2	National Early Warnig Score revisione 2
NIH	National Institutes of Health
NUE-112/AREU	Numero Unico di Emergenza-112/Azienda Regionale Emergenza Urgenza
POCUS	Point-of-Care Ultrasound o Ultrasonography (Ecografia toracica al letto)
POG	Piano Organizzativo Gestionale
RT-PCR	Reverse Transcriptase-Polymerase Chain Reaction
SpO2	Saturazione periferica di Ossigeno (misurata con pulsossimetro digitale)
TC	Tomografia Computerizzata
UDO	Unità di Offerta

PARTE PRIMA – INDICAZIONI GENERALI

1.0 PREMESSA

La malattia da SARS-CoV-2, più comunemente nota come Coronavirus Disease 2019 (COVID-19), è una malattia virale trasmissibile che si manifesta con un complesso di segni e sintomi, non solo respiratori, che possono evolvere anche rapidamente – in una ridotta proporzione del complesso dei casi affetti - verso quadri avanzati di grave insufficienza respiratoria, di coagulazione intravascolare disseminata o di scompenso multiorgano. I tassi di mortalità possono essere particolarmente elevati in popolazioni multimorbide, fragili o in persone in età avanzata. In tutti i contesti, la diffusione epidemica della COVID-19 ha anche determinato eccessi di mortalità per tutte le cause, che si sono aggiunti o sovrapposti ai tassi di letalità specifica della malattia da SARS-CoV-2. Questa annotazione è utile per sottolineare, in tutte le strutture e servizi la necessità di mantenere una adeguata attenzione verso i normali bisogni delle diverse popolazioni. La loro tutela, anche in corso di cluster epidemici territoriali o locali, può contribuire a ridurre l'impatto complessivo della malattia sulla singola persona e sulla restante popolazione in carico.

1.1 INDIVIDUARE TEMPESTIVAMENTE I PAZIENTI SOSPETTI O A RISCHIO. I SEGNI E I SINTOMI DELLA COVID-19

La COVID-19 si manifesta più spesso con sintomi simil-influenzali o di impegno respiratorio. Le persone possono però restare asintomatiche per il suo intero decorso, contribuendo in modo insidioso alla diffusione del virus. Inoltre, la malattia può esordire con presentazioni atipiche, soprattutto in popolazioni specifiche; ad esempio nei bambini o negli anziani fragili o nelle persone con compromissione cognitiva/demenza, con disabilità intellettiva, problemi di salute mentale o problemi di comprensione o comunicazione verbale. Nelle situazioni di elevata prevalenza epidemica, è bene ricercare attivamente i pazienti asintomatici (screening, ad esempio con antigenici rapidi ogni 14 giorni) e sospettare la presenza di malattia da SARS-CoV-2 di fronte a ogni cambiamento rapido o imprevisto della funzionalità motorie, cognitive e del comportamento di base delle persone. Questo, soprattutto se i cambiamenti coinvolgono più persone nella comunità.

1.1.1 Per approfondire. Sintomi e presentazioni atipiche della COVI-19

I sintomi di esordio della COVID-19 possono essere molti e non solo limitati all'impegno respiratorio:

Febbre	Tosse secca	Difficoltà respiratoria	Dispnea
Cambiamenti della vigilanza	Delirium	Rinite/rinorrea	Congiuntivite
Mal di gola	Stanchezza	Dolori muscolari e articolari	Cefalea
Nausea	Vomito	Diarrea	Sindrome mani-piedi-bocca
Perdita dell'olfatto (anosmia)	Perdita del gusto (ageusia)	Cambiamenti del gusto	Sintomi neurologici
Manifestazioni dermatologiche: vasculiti, dita blu, geloni, eritemi, esantemi simili a quelli del morbillo, vescicole simili a quelle della varicella, ponfi che ricordano l'orticaria, petecchie, papule, lesioni pruriginose, orticaria			

Il quadro clinico può restare stabile e asintomatico/paucisintomatico per un arco temporale variabile, regredire spontaneamente, oppure evolvere - anche rapidamente - verso condizioni gravi che possono imporre interventi terapeutici di alta intensità e di elevato contenuto specialistico. Si rinvia, per eventuali approfondimenti, alla Circolare del Ministero della Salute n. 24970 del 30 novembre 2020 e alla letteratura indicata in bibliografia. Sono a maggior rischio di progressione verso quadri severi le persone in età avanzata, fragili, con specifiche comorbidità (malattie cardio-vascolari, malattie respiratorie o renali croniche, diabete, cancro, obesità) o che richiedano terapie immunosoppressive. Soprattutto in alcune popolazioni, la malattia può presentarsi in modo atipico:

- in presenza di compromissione cognitiva, problemi di salute mentale o difficoltà specifiche di comprensione e comunicazione verbale, le persone possono non essere in grado di esprimere la presenza di sintomi soggettivi: cefalea, mal di gola, dolore, anosmia o ageusia. È quindi necessario affidarsi alla ricerca attiva e all'osservazione diretta dei segni e sintomi visibili (rinorrea, tosse secca, congiuntivite,

vomito, diarrea) e delle variabili misurabili: temperatura corporea, frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione di ossigeno;

- non solo nei più anziani, l'esordio della malattia può essere limitato a una compromissione acuta o subdola del livello di vigilanza, alla comparsa di apatia, alla riduzione della quantità di movimento, alla comparsa di instabilità posturale con aumento del rischio di caduta, oppure a inappetenza o difficoltà di alimentazione. Sono anche possibili cambiamenti in senso ipercinetico: irrequietezza, irritabilità, aumento del tono muscolare.
- nelle persone con difficoltà di comunicazione, la malattia può manifestarsi solo indirettamente, manifestandosi attraverso cambiamenti del comportamento (motorio, emotivo, alimentare) che possono far sospettare la presenza di sintomi non comunicabili;
- la nausea e le alterazioni del gusto o dell'olfatto (ageusia, disgeusia, anosmia) possono contribuire alle difficoltà di alimentazione, anche nella fase successiva alla risoluzione dei sintomi più evidenti e immediati, sia negli anziani che nelle persone con disabilità intellettiva. È quindi necessario porre il sospetto di malattia quando le difficoltà di alimentazione si manifestino acutamente, ma anche garantire una specifica attenzione al supporto nutrizionale o alla idratazione lungo l'intero suo decorso e nella successiva convalescenza, anche con soluzioni non convenzionali o non specialistiche; ad esempio, cibi piacevoli secondo i gusti delle persone, facili da ingerire e ricchi di calorie (gelati, creme, budini, bevande dolci, integratori nutrizionali di gusti e consistenze diverse).
- nei bambini o negli anziani, la temperatura corporea può non riflettere la gravità della malattia. Nelle condizioni più gravi, la temperatura corporea può anche abbassarsi rispetto ai livelli normali. Oppure, nelle persone con problemi del sistema nervoso autonomo (disabilità gravi e gravissime, tetraplegie, paraplegie da lesioni spinali alte, esiti di gravi lesioni cerebrali acquisite, malattie neuromuscolari), i cambiamenti delle variabili fisiologiche (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, tono muscolare, temperatura) possono essere amplificati o mascherati. La conoscenza della persona, dei valori abituali delle sue variabili fisiologiche e delle fluttuazioni attese, possono contribuire al riconoscimento tempestivo di cambiamenti sospetti.

Tabella - Le presentazioni atipiche più frequenti in pazienti anziani fragili (Holroyd-Leduc, 2020)

I sintomi respiratori tipici della COVID-19 (febbre, tosse, dispnea) possono essere assenti negli anziani anche in presenza di coinvolgimento polmonare
Solo il 20-30% dei pazienti geriatrici con infezione può presentare febbre
Le presentazioni atipiche della COVID-19 includono delirium, debolezza, malessere, declino della funzionalità, congiuntiviti, anoressia, aumento della salivazione, congestione nasale, vertigini, instabilità del cammino, cadute, dolore toracico, dolore addominale, emoftoe, nausea, vomito, inappetenza
La malattia può presentarsi anche solo con un aumento della frequenza respiratoria, un aumento inaspettato della frequenza cardiaca o la riduzione della pressione arteriosa
Il livello di allarme per la temperatura corporea dovrebbe essere più basso (ad esempio 37,5 °C) rispetto agli adulti; in ogni caso, va osservato con attenzione ogni aumento superiore a 1,5 °C rispetto alla temperatura abituale
Le presentazioni atipiche possono essere dovute alla presenza dei cambiamenti fisiologici legati all'età, ma anche alla presenza di comorbilità o alla ridotta conoscenza del funzionamento e della storia clinica preesistenti della persona (nuovi ricoveri)
L'età molto avanzata, elevati livelli di fragilità e la presenza di comorbilità aumentano la probabilità di presentazioni atipiche
Gli anziani con età più avanzata possono manifestare sintomi lievi non proporzionati all'effettiva e superiore gravità della loro malattia

2.0 COMPRENDERE LA GRAVITA' DELLA PERSONA CON COVID-19

La stratificazione del livello di rischio e di gravità della malattia

La COVID-19 può manifestarsi in modo del tutto asintomatico, oppure in stadi di gravità crescenti che possono arrivare a mettere in pericolo la vita o imporre interventi specialistici anche di elevata intensità. Nella valutazione iniziale e nel monitoraggio successivo, può essere utile adottare strumenti standardizzati e validati per stimare il livello di stabilità clinica, osservare la sua evoluzione nel tempo e per assegnare la malattia a un determinato stadio di gravità. Inoltre, per favorire l'uniformità delle valutazioni delle équipes, la continuità assistenziale, la documentazione clinica del decorso della malattia, per guidare gli interventi farmacologici e non farmacologici e le decisioni di invio ai servizi ospedalieri di emergenza/urgenza. Il

documento propone l'utilizzo della NEWS2 e della classificazione della NIH. Nell'autonomia delle figure professionali, possono però essere utilizzati anche altri modelli di raccolta e aggregazione delle variabili fisiologiche, ritenute utili a rispondere agli stessi obiettivi. Anche nelle strutture con minore o ridotta organizzazione sanitaria, possono essere adottati alcuni strumenti e indicatori di attenzione – simili a quelli proposti per l'osservazione nella comunità territoriale – in ogni caso idonei a orientare l'attivazione dei servizi sanitari territoriali e specialistici, incluso il NUE-112/AREU.

La Flow Chart 1 sintetizza le fasi del processo che viene proposto alle strutture con più completa organizzazione sanitaria: sospetto, isolamento, prima valutazione del livello rischio, conferma e completamento diagnostico, stadiazione e decisioni terapeutiche per livello di rischio e di gravità. La Flow Chart 2 esemplifica lo stesso processo per le strutture con équipe sanitarie meno complete: sospetto, valutazione del livello di rischio per il coinvolgimento dei medici curanti o dell'eventuale invio in PS

2.1 Stimare il livello di stabilità clinica nei setting con organizzazione sanitaria

I degenti COVID-19 e gli altri sottogruppi meritevoli di osservazione (sospetti, contatti, in quarantena), richiedono di essere mantenuti sotto controllo nel tempo, per documentare la presenza o assenza di sintomi, stimare la loro gravità e progettare gli interventi in modo appropriato. Per le necessità di questo documento, si propone come strumento di monitoraggio l'Early Warning Score (EWS) già previsto dalla DGR 3913/2020, nella versione aggiornata nel 2017 dal Royal College of Physicians (National Early Warning Score 2 – NEWS2). Si tratta di un indicatore rapidamente calcolabile utilizzando le stesse misure del normale processo di valutazione infermieristica (frequenza cardiaca e respiratoria, pressione arteriosa, saturazione periferica di ossigeno; inoltre, valutazione rapida dello stato di coscienza e registrazione della presenza ossigeno-terapia). Nel sub allegato 1 si riportano le istruzioni per la sua compilazione e alcune annotazioni di dettaglio. NEWS2 è strumento validato, di facile e rapida applicabilità, utile per:

- uniformare le modalità del monitoraggio e la sua registrazione;
- stimare il livello di stabilità o instabilità clinica e il rischio di evoluzione negativa;
- proporre soglie di attenzione per l'eventuale invio in PS tramite NUE-112/AREU;
- migliorare il dialogo con la Centrale operativa del NUE-112/AREU.

La NEWS2 permette di classificare rapidamente la condizione clinica della persona – in modo omogeneo rispetto ad altri valutatori – in un determinato livello di rischio di instabilità clinica, utilizzabile per pianificare la frequenza del monitoraggio e orientare le possibili risposte cliniche o assistenziali. Le linee guida del Royal College of Physicians propongono le seguenti soglie e risposte, che possono essere diversamente interpretate in coerenza con l'autonomia professionale dei medici e dei responsabili sanitari:

Livello di rischio NEWS2

Risultato NEWS2	Livello di rischio clinico	Intervento proposto
0-4	Basso	Osservazione e monitoraggio
Un singolo punteggio pari a 3	Basso o medio	Osservazione stretta o eventuale invio in PS*
5-6	Medio	Eventuale invio in PS*
7 o più	Alto	Eventuale invio in PS*

* se ritenuto clinicamente appropriato dai medici curanti, anche rispetto alla gravità prognostica preesistente

Frequenza di monitoraggio e risposta clinica secondo NEWS2

Risultato NEWS2	Frequenza del monitoraggio*	Risposta clinica
0	Ogni 12 ore	Continua monitoraggio
1-4	Ogni 4-6 ore	Valutazione infermieristica, eventuale aumento o riduzione della frequenza di monitoraggio
3 in un singolo parametro	Ogni ora	Segnalazione a medico curante o di guardia per le decisioni del caso. Eventuale invio in PS
5 o più (necessità di intervento urgente)	Ogni ora	Segnalazione immediata a medico di riferimento per primo intervento e eventuale invio in PS

* la frequenza del monitoraggio è quella proposta per i setting ospedalieri. In quelli sociosanitari può essere adattata al modello organizzativo locale, secondo l'autonomia di giudizio dei curanti.

2.2 Stimare il livello di stabilità clinica nei setting con minore organizzazione sanitaria o a prevalente organizzazione socioeducativa

Nelle strutture e servizi sociosanitari che, per organizzazione e requisiti di accreditamento, non dispongono di équipe sanitarie complete, operano in ogni caso professionisti con competenze diverse che conoscono le persone in carico e ne condividono la responsabilità. Possono comunque trovarsi nella necessità di stimare il livello di gravità clinica della condizione, per decidere se consultare i medici di riferimento, i servizi sanitari territoriali o attivare il NUE-112/AREU. Questi contesti possono essere assimilabili a quelli di comunità o anche domestici. In questi scenari, la circolare del Ministero della Salute “*Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2*” e la DGR 3876/2020 per le Cure Primarie, propongono un percorso guidato di presa in carico dei pazienti COVID-19 e un modello specifico di stratificazione del profilo di rischio. In particolare, la DGR 3876/2020 suggerisce:

Livello di rischio	Descrizione	Azione
BASSO	<ol style="list-style-type: none">1. sindrome simil-influenzale (rinite, tosse senza difficoltà respiratoria, mialgie, cefalea)2. SaO₂ ≥ 95%3. febbre ≤38 °C; oppure >38°C ma da meno di 72 ore4. sintomi gastro-enterici (in assenza di disidratazione o di plurime scariche diarroiche)5. assenza di altre caratteristiche di alto rischio6. possibile astenia, ageusia/disgeusia/anosmia.7. assenza di elementi di fragilità: età ≥65 anni, malattia neoplastica attuale o in trattamento nel precedente anno, patologia respiratoria nota, obesità (BMI>30), cardiopatia ischemica o eventi ischemici cerebrali pregressi, diabete mellito, insufficienza renale cronica, infezione attuale o pregressa da HIV, coagulopatie, storia di immunodepressione/trapianto d’organo.	Osservazione, contattare medico di riferimento
MEDIO	<ol style="list-style-type: none">1. SaO₂ 93-94% e/o2. presenza di elementi di fragilità: età >65 anni e almeno un altro indicatore di fragilità (vedi elenco precedente)	Osservazione, contattare medico di riferimento
ALTO	<ol style="list-style-type: none">1. Esordio acuto e grave (dispnea isolata o associata a altri sintomi, febbre > 38°C da più di 72 ore, saturazione ≤92%)	Invio in PS

In questi contesti, si propone quindi la Flow Chart n. 2, come guida di orientamento per la gestione dei degenti COVID-19 e la possibile o opportuna attivazione dei medici di riferimento e del NUE-112/AREU.

Inoltre, sia il Ministero della Salute che la DGR 3876/2020 propongono la diffusione, negli scenari domestici e territoriali, di strumenti tecnologici di facile utilizzabilità, come il saturimetro digitale. Suggestiscono anche azioni di informazione e educazione, in analogia a quanto avviene a livello domiciliare, sui livelli delle variabili misurate (come la SpO₂ o la temperatura corporea) al di sotto o al di sopra dei quali contattare il medico di riferimento o il NUE-112/AREU. **In questo senso, sembra utile proporre, anche per le comunità e residenze che non dispongano di una propria organizzazione sanitaria, l’utilizzo degli stessi dispositivi e un analogo addestramento degli operatori che potrebbero trovarsi in una situazione di primo intervento.**

Alcuni dispositivi digitali permettono anche la trasmissione a distanza delle misure; sono già attive sperimentazioni locali di interazione tecnologica con équipe sanitarie, medici e specialisti che potrebbero rafforzare la sicurezza delle popolazioni di queste UDO. Per gli scopi di questo documento, si propone anche di addestrare gli operatori a prestare attenzione alla frequenza respiratoria (troppo bassa o troppo elevata) o a cambiamenti impreveduti del livello di vigilanza, come segnali di allarme per la consultazione di un medico o l’attivazione del NUE-112/AREU. Nelle comunità, per ridurre il rischio di diffusione infettiva, sarebbe utile avere a disposizione un numero di saturimetri digitali proporzionale al numero di utenti. In ugual modo sembra opportuno che le strutture dispongano di termometri a infrarossi frontali o auricolari. Soprattutto gli strumenti frontali garantiscono specifica sicurezza – anche agli operatori - nella rilevazione della temperatura corporea in contesti a possibile rischio di trasmissione infettiva. Possono anche essere di più facile utilizzabilità in tutte le persone con difficoltà a stare fermi o non collaboranti.

2.3. Assegnare lo stadio di gravità alla COVID-19

Sempre per favorire omogeneità e oggettività alla condivisione fra attori del sistema sanitario, si propone l'adozione del modello di stadiazione della COVID-19 proposta dal National Institutes of Health (NIH, 2020), che appare più informativa della generica definizione di asintomatico/paucisintomatico.

Stadio di gravità	Descrizione NIH 2020
COVID asintomatico o presintomatico	Caso confermato, positivo al test molecolare per SARS-CoV-2, che non presenti sintomi suggestivi per COVID-19
COVID lieve	Caso confermato, che manifesti i segni e sintomi della COVID-19 (ad es. febbre, tosse, mal di gola, malessere, cefalea, artromialgie, congiuntivite) ma in assenza di impegno respiratorio o imaging suggestivo per malattia delle basse vie respiratorie
COVID moderato	Caso confermato, che mostri evidenza clinica o strumentale di coinvolgimento delle basse vie respiratorie, con saturazione di ossigeno (SpO2) maggiore o uguale a 94% in aria ambiente
COVID severo	Caso confermato con SpO2 <94% in aria, oppure un rapporto P/F < 300 mmHg, una frequenza respiratoria >30 atti/minuto o infiltrati polmonari superiori al 50% del tessuto visibile all'imaging toracico
COVID critico	Insufficienza respiratoria grave (ADRS), shock settico o insufficienza multiorgano.

Si ricorda che:

- Il concetto di presintomatico è utile per sottolineare come l'assenza di sintomi possa rappresentare una fase solo temporanea nel decorso della malattia.
- Il documento "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2" dell'ISS e la DGR 3876/2020 suggeriscono un valore < 92% in aria ambiente (invece che 94% come proposto dall'NIH), come soglia al di sotto della quale un paziente COVID-19 domiciliato dovrebbe allertare i servizi professionali sanitari per ricevere le indicazioni del caso o prendere in considerazione l'invio in PS. Questa opportunità può essere valutata in contesti extra-ospedalieri che non dispongano di personale medico e infermieristico e che non prevedano un utilizzo sistematico della NEWS2 e della classificazione NIH.
- Nella misurazione e valutazione della saturazione di ossigeno va tenuto conto dei cambiamenti rispetto ai valori abituali della persona nella fase preesistente alla malattia. Ad esempio, valori diversi da quelli teorici di normalità possono essere frequenti nei disabili e minori *technology dependent* o nelle persone con età molto avanzata e problemi vascolari o respiratori coesistenti. Anche il modello NEWS2 propone soglie specifiche per le persone a rischio di ipercapnia (sub allegato 1).

2.4. Approfondimenti diagnostici

Quando possibile, è sempre opportuno ricorrere, anche nei COVID asintomatici o presintomatici oppure con malattia di grado lieve, ad alcuni approfondimenti di laboratorio. Alcuni esami mostrano cambiamenti più frequenti nella COVID-19:

- riduzione del numero assoluto di linfociti e di eosinofili;
- elevazione del D-Dimero, della PCR, del Tempo di Protrombina e della Pro-calcitonina.

I dati di laboratorio vanno sempre interpretati rispetto alla situazione preesistente e alla loro tendenza nel tempo. È bene ricordare che la presenza di sintomi lievi o la loro riduzione successiva, può non coincidere con la normalizzazione laboratoristica, considerazione che può anche spiegare una parte delle ritardate negativizzazioni al TNF molecolare; questo, in pazienti la cui sintomatologia sembra ormai risolta ma nei quali persiste il movimento laboratoristico. Non esistono prove che il D-Dimero o altre anomalie degli indicatori di coagulazione (PT, Fibrinogeno, conta delle piastrine) possano essere utilizzati come marker per la stratificazione di gravità e di gravità prognostica dei pazienti COVID. Gli esami di laboratorio consigliabili quindi, in fase iniziale e nel monitoraggio del decorso, sono almeno: emocromo completo, creatinina, ALT/GPT, PCR quantitativa, D-Dimero, PT, LDH, elettroliti. Questi esami saranno poi da integrare con quelli utili a mantenere sotto controllo le comorbidità di base e la condizione complessiva del residente (ad es. calcio, fosforo, glicemia, proteine totali, albumina, uricemia). Soprattutto in pazienti anziani fragili o con altre comorbidità, va prestata attenzione agli indicatori laboratoristici di aggravamento della o delle patologie di base, oppure agli indicatori di normalità nutrizionale o di normalità/alterazione del quadro elettrolitico e di

idratazione. Questo, per prevenire le conseguenze delle difficoltà di nutrizione e idratazione COVID-correlate, che possono essere amplificate dall'età avanzata e dalla preesistente fragilità.

Quando possibile, è sempre necessario un controllo elettrocardiografico di base e una sua eventuale ripetizione secondo giudizio clinico, data la frequenza di complicazioni cardiologiche precoci o tardive della malattia. Miocarditi, pericarditi, disturbi del ritmo e eventi cardiologici acuti possono coinvolgere fino al 20% dei pazienti COVID. Rispetto alla diagnostica polmonare, è bene conoscere come, sotto il piano scientifico, l'esame di riferimento sia oggi la TC polmonare. L'identificazione del quadro caratteristico della polmonite interstiziale (opacità a vetro smerigliato, consolidamenti, inspessimento dei setti interlobulari, opacità lineari, CT score) può avere un elevato valore prognostico e predittivo. Sotto molti aspetti, la TC può avere un valore diagnostico superiore al TNF molecolare, date alcune evidenze di incompleta sensibilità del test RT-PCR. La normale radiografia del torace, soprattutto se praticata al letto o in altre condizioni subottimali, può non aggiungere informazioni significative rispetto alla rilevazione sistematica delle variabili respiratorie (frequenza respiratoria, saturazione pulsossimetrica). Quando possibile, l'ecografia toracica al letto (POCUS: Point-Of-Care Ultrasound o Ultrasonography) può rappresentare una efficace alternativa.

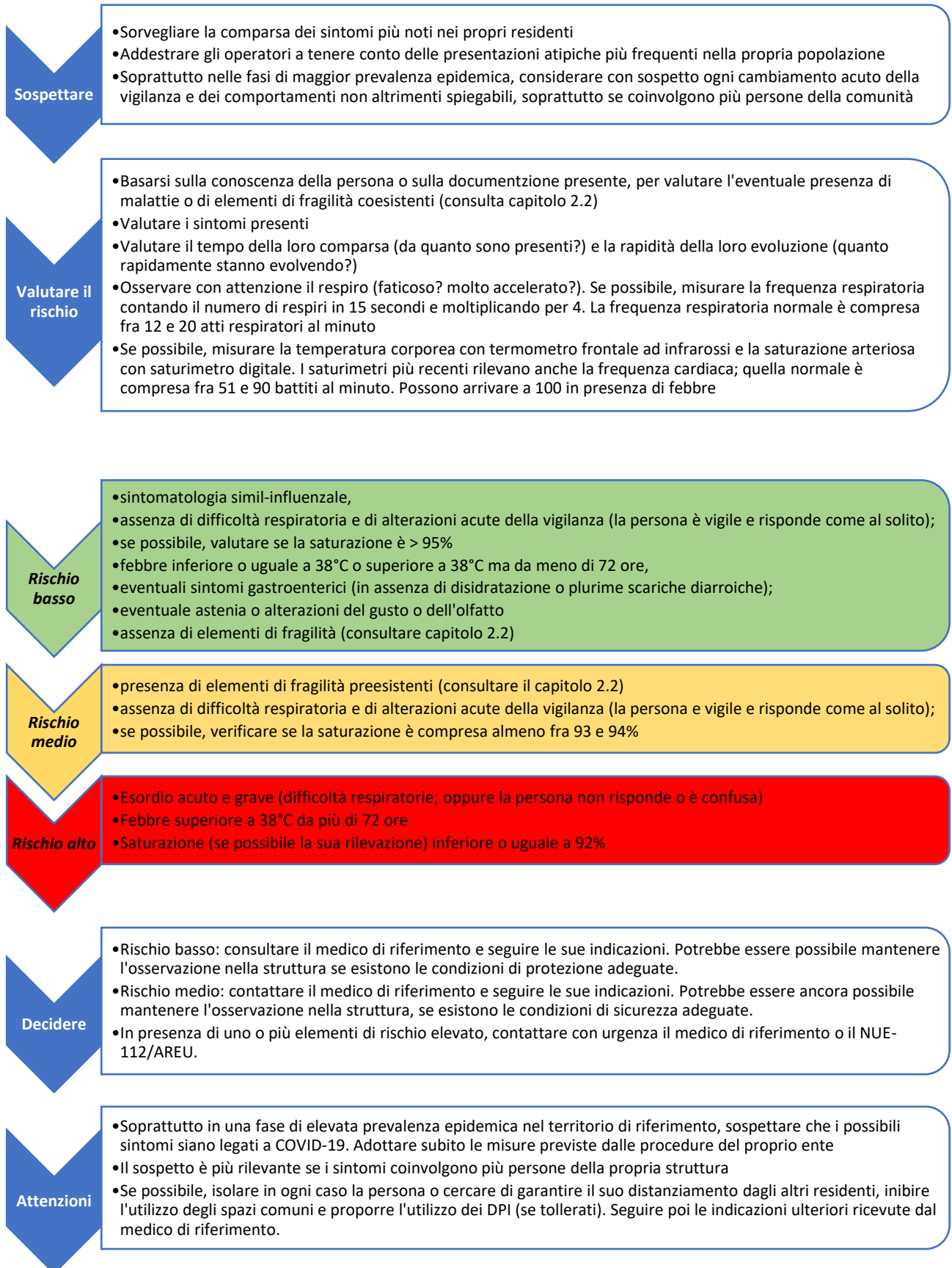
FLOW CHART n. 1

GESTIONE DEI DEGENTI COVID-19 NELLE STRUTTURE CON ORGANIZZAZIONE SANITARIA



FLOW CHART n. 2

GESTIONE DEI DEGENTI COVID-19 NELLE STRUTTURE CON MINORE ORGANIZZAZIONE SANITARIA



3.0 Indicazioni di comportamento e di terapia nei residenti con COVID-19 asintomatico, presintomatico, lieve e moderato

La classificazione per stadi della COVID-19, può guidare gli interventi terapeutici proposti dalle linee guida e dai modelli di buona pratica citati in bibliografia e in costante aggiornamento. Di seguito sono quindi schematizzate alcune indicazioni di intervento, sia generali che specifiche, suddivise per stadio di gravità della malattia. Si tratta di indicazioni proposte all'autonomia prescrittiva dei medici curanti e delle direzioni delle strutture, secondo i modelli organizzativi e le procedure già localmente in essere.

Le indicazioni sono coerenti con l'impostazione normativa dettata dalle DGR 3524/2020 e 3913/2020, che prevedono che la persona affetta da COVID-19 asintomatica o paucisintomatica possa essere mantenuta in struttura **se esistono al suo interno le condizioni di sicurezza minima** raccomandate da ISS, Ministero della Salute e dalle norme regionali, analizzabili secondo il modello di autovalutazione proposto nella Parte Seconda. Quando queste condizioni non esistano o non siano ritenute sufficienti, è bene condividere con le ATS di riferimento, l'opportunità di ricercare soluzioni alternative.

Per le strutture con organizzazione meno improntata in senso sanitario, può essere utile ricordare la DGR 3876/2020 "Determinazioni per la gestione integrata ospedale-territorio per l'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19 o sospetti" e quanto già sintetizzato nella Flow Chart n. 2. In alcune situazioni specifiche, richiamate nella Parte Terza di questo documento, potranno essere identificati ulteriori gradi di attenzione interpretativa, sempre condivisi con le ATS di riferimento, relativi alle diverse tipologie di UDO e di popolazioni. Si ricorda che, ai sensi della DGR 3525/2020: *"nelle situazioni di emergenza epidemica/pandemica ogni ATS assume il ruolo di direzione organizzativa degli interventi previsti negli atti regionali di indirizzo, garantendone la pianificazione, i processi e i sistemi di controllo"*.

PROPOSTE PER LA GESTIONE CLINICA, ASSISTENZIALE E ORGANIZZATIVA DEGENTI COVID PER STADIO DI GRAVITA' NELLE UDO CON SUFFICIENTE PROTEZIONE STRUTTURALE O ORGANIZZATIVO-GESTIONALE

Condizione	Proposte di intervento
<p>Attenzioni generali per tutti i degenti affetti da COVID-19</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documentare nel FASAS quanto deciso e le comunicazioni intercorse con degenti, familiari e rappresentanti legali • Se ritenuto opportuno, rendere operativa una scheda dedicata, da integrare nel FASAS, che riassume sinteticamente: <ul style="list-style-type: none"> ○ Data di esordio di eventuali sintomi e loro tipologia ○ Data di eventuali contatti con casi sospetti o confermati ○ Data di esecuzione e risultato dell'eventuale TNF antigenico rapido ○ Data di esecuzione, data di refertazione, data di ricezione e risultato del TNF molecolare ○ Decisioni adottate in termini di isolamento (tipo, data di inizio, data di fine) ○ Data di eventuale inserimento su PRIAMO; data di cancellazione per sopraggiunta negativizzazione o data di eventuale trasferimento a struttura più idonea ○ Data di eventuale attivazione 112 ed esito della richiesta ○ Data di chiusura definitiva dell'evento e sua descrizione (trasferimento, ricovero urgente, decesso, guarigione clinica e virologica) • Procedere all'analisi dei contatti stretti (operatori, altri degenti), per disporre le necessarie misure di isolamento e valutazione diagnostica • Isolamento strutturale o di coorte, quando localmente possibile; oppure, ogni forma possibile di separazione fisica e distanziamento fra persone e di protezione reciproca fra i diversi residenti • Comunicazione tempestiva alla persona e alla sua famiglia • Inserimento su PRIAMO, se ne ricorrono le condizioni, per l'eventuale ammissione in strutture appropriate • Nutrizione e idratazione adeguate (meglio se per via naturale, soprattutto nei più anziani) • Ventilazione adeguata degli ambienti • Uso dei DPI previsti dalla normativa in vigore e dalle loro indicazioni aggiornate • In relazione alle popolazioni specifiche in carico, è bene stimare l'impatto emotivo o disabilitante delle misure accessorie, come l'isolamento o la deprivazione affettiva. Non esiste alcun motivo, in assenza di disturbi del comportamento, per lasciare questi pazienti a letto introducendo, soprattutto nei pazienti

	<p>più fragili, possibili eccessi di disabilità. La previsione e strutturazione organizzativa delle aree di isolamento di coorte, permettono di ripetere al loro interno le stesse condizioni organizzative di un nucleo ordinario. I degenti possono infatti avere normali relazioni fra di loro, se compatibile con le loro condizioni cliniche. Le persone potranno quindi pranzare insieme, socializzare e partecipare a normali attività complementari. Soprattutto in questi degenti, il mantenimento di normali relazioni a distanza con le famiglie permette di superare più facilmente l'attesa della guarigione virologica.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio clinico e dei sintomi della stabilità con NEWS2 o variabili equivalenti e monitoraggio e trattamento delle altre patologie preesistenti • Programmazione dei TNF necessari alla verifica della guarigione clinica (Flow Chart n. 4) • Considerazioni accessorie per specifici setting e sottogruppi di popolazione saranno suggeriti nella Parte Terza di questo contributo, con particolare riferimento all'area della salute mentale e delle dipendenze
<p>Ospite COVID-19, asintomatico o presintomatico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Non sono previsti interventi farmacologici e non farmacologici diversi da quelli di isolamento. Non è raccomandato in questi pazienti nessun farmaco specifico, al di fuori di quelli necessari per la gestione delle patologie di base. • Il concetto di pre-sintomatico implica la constatazione che la situazione clinica del degente possa evolvere, anche non esistono certezze rispetto alla percettuale di persone che possano presentare questa evoluzione. È quindi prudente mantenere sotto osservazione clinica questi degenti, con un monitoraggio di base con NEWS2 (una o due volte al giorno) o con una misura delle variabili equivalenti. • Quando possibile, prima di considerare realmente asintomatici questi degenti, è bene integrare nel giudizio il risultato degli esami di laboratorio di base e confrontarli con quelli eventualmente preesistenti. • La guarigione clinica, che precede quella virologica, prevede il ritorno dei valori di laboratorio alla normalità o alla situazione preesistente.
<p>Ospite COVID-19 sintomatico, in stadio lieve</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gestione dei sintomi (febbre, malessere, artromialgie) con farmaci sintomatici • Gli antitussivi e i corticosteroidi <u>non</u> sono raccomandati • Non esistono trattamenti raccomandati per ageusia, disgeusia e anosmia • Il controllo della temperatura corporea in caso di febbre o febbricola può essere ottenuto primariamente con paracetamolo. È opportuno indicare con chiarezza nei fogli di terapia condizionata, la presenza di eventuale terapia continuativa con paracetamolo, per evitare integrazioni incongrue da parte di medici o infermieri di guardia chiamati a intervenire in caso di nuova elevazione termica. A dosi piene, il paracetamolo ha anche una efficace azione antidolorifica. • Eparina a basso peso molecolare nei pazienti a rischio preesistente di tromboembolia venosa e con condizioni di rischio attuali (allettamento, persistente posizionamento in posizione seduta obbligata) (sub allegato 2) • Evitare ogni intervento (ad esempio, idratazione endovenosa), non sostenuto da sicure prove di efficacia e che possa contribuire al disagio personale o a inutili allettamenti. Per la sola idratazione, se non sufficiente la sola idratazione per via orale, valutare l'opportunità della idratazione notturna integrativa per via sottocutanea (500 o 1000 ml di soluzione fisiologica). • Non esistono evidenze di efficacia per l'utilizzo di farmaci antivirali.
<p>Ospite COVID-19, sintomatico, in stadio moderato</p>	<ul style="list-style-type: none"> • È possibile valutare la gestione in struttura dei pazienti con ridotta instabilità clinica (NEWS2 inferiore a 4, nessun indicatore pari a 3), senza evidente evoluzione peggiorativa. • Valutare il rapido ricovero con 112/118 in caso di progressione della instabilità (NEWS2), soprattutto per la comparsa di crescente impegno respiratorio. Oppure, in assenza delle condizioni cliniche e organizzative sufficienti a garantire un adeguato monitoraggio e un tempestivo intervento in caso di aggravamento. • Monitoraggio frequente (ogni 4-6 ore) del NEWS2 e rapida risposta alla sua progressione • Gestione dei sintomi (febbre, malessere, artromialgie) con farmaci sintomatici • <u>Non</u> è raccomandata una terapia antitussiva • Eparina a basso peso molecolare nei pazienti a rischio preesistente di tromboembolia venosa e con condizioni di rischio attuali (allettamento, persistente posizionamento in posizione seduta obbligata) (sub allegato 2) • Ossigenoterapia, quando indicata, secondo flussi e FIO2 appropriati e con l'utilizzo dei presidi più idonei e confortevoli (sub allegato 3), • Corticosteroidi nei pazienti che richiedono ossigenoterapia (sub allegato 2) • Considerare il trattamento antibiotico empirico o mirato nel sospetto di infezioni batteriche concomitanti. La terapia è quella appropriata per le stesse condizioni nei pazienti non-COVID. L'utilizzo dell'azitromicina era stato proposto per alcune sue proprietà immunomodulanti, che non hanno poi trovato adeguate prove di efficacia. Il suo impiego nei COVID lievi, quindi, è oggi assimilabile a quello di un comune macrolide per le indicazioni specifiche di questa categoria di antibiotici (su allegato 2). • Gestione di insonnia, ansia, depressione ponendo attenzione a non utilizzare farmaci che inibiscano a livello del sistema nervoso centrale la respirazione. • Il controllo della temperatura corporea in caso di febbre o febbricola può essere ottenuto primariamente con paracetamolo. Indicare con chiarezza nei fogli di terapia condizionata, la presenza di terapia continuativa con paracetamolo, per evitare integrazioni incongrue da parte di medici o infermieri di

	guardia chiamati a intervenire in caso di nuova elevazione termica. A dosi piene, il paracetamolo ha anche una efficace azione antidolorifica.
Ospite COVID-19, sintomatico, severo o critico	Le strutture residenziali sociosanitarie, benché adeguatamente organizzate, non sono il luogo appropriato per la cura di persone con sintomatologia severa o critica. In queste situazioni, è indicato il ricovero in PS tramite 112/118. Può essere opportuno, nelle strutture dotate di adeguata protezione strutturale ed organizzativa, mantenere in Hospice o in RSA persone in condizioni di prossimità alla fine della vita o in franca terminalità. Questo, quando l'invio in ospedale sia ritenuto, a giudizio del medico, di nessun beneficio per la persona. Nel caso, può essere richiesta adeguata consulenza specialistica in presenza o da remoto.

4.0 SINTESI DEI PRINCIPI UTILI PER L'ISOLAMENTO DEI DEGENTI COVID-19 O A RISCHIO

Durante la pandemia ha assunto una particolare rilevanza la capacità dei professionisti e delle organizzazioni, anche sociosanitarie, di **individuare tempestivamente le persone con segni e sintomi sospetti di COVID-19 o a rischio della sua insorgenza**. In ugual modo, la capacità di **pianificare gli interventi più idonei per ridurre il rischio di diffusione epidemica**. Le misure generali - come il distanziamento sociale e l'uso per livelli di rischio e per tipo di attività dei DPI – hanno già dimostrato la loro efficacia così come la capacità di **riconoscere e separare le persone con diverso rischio di trasmissione infettiva o di necessità di protezione**.

Il rischio di trasmissione e le necessità di protezione dipendono dalla presenza di malattia (Caso confermato) o dalla sua possibilità (Caso probabile, Caso sospetto). L'**isolamento**, nelle sue varie forme di applicazione, è sempre indicato e richiede una attenzione specifica ai suoi obiettivi e motivazioni (chi va isolato; da chi deve essere isolato; chi deve essere protetto). In ugual modo, chi è stato Contatto stretto di un Caso confermato, probabile o sospetto, potrebbe sviluppare la malattia durante la sua incubazione, così come le persone che entrino o rientrino nell'UDO provenienti da altre strutture o da casa, nonostante un TNF negativo. In questi casi, l'**Osservazione di quarantena** aggiunge una ulteriore sicurezza, garantendo il tempo necessario a verificare la presenza o assenza di malattia prima dell'ingresso definitivo nel reparto o nucleo di destinazione.

Nel capitolo 4, si richiamano quindi i **principi generali** che possono contribuire alla scelta delle migliori soluzioni possibili per i diversi sottogruppi di popolazione, sintetizzati nella Flow Chart n. 3. Queste soluzioni dipendono anche dalle variabili strutturali e organizzativo-gestionali di ogni UDO, richiamate nella Parte Seconda, che ogni direzione di struttura è invitata a valutare con il supporto di audit delle ATS. Il livello di protezione che ogni struttura può garantire, può favorire la permanenza in struttura di degenti COVID, se lo si ritiene opportuno e possibile. Oppure, guidare la ricerca di soluzioni alternative condivise con le ATS.

Le misure di isolamento hanno sempre un **impatto umano, emotivo e fisico rilevante**. Possono anche risultare di difficile o impossibile applicazione in persone o sottogruppi specifici. Questi temi saranno richiamati nella Parte Terza di questo documento.

4.1 Per approfondire. Definizioni e gruppi sospetti o a rischio

Per la definizione di "caso" occorre fare riferimento alla Circolare del Ministero della Salute n. 7922 del 9 marzo 2020, attualmente in via di aggiornamento. **Rispetto ad essa, l'ISS e la letteratura scientifica hanno successivamente ampliato la lista dei sintomi della malattia e sottolineato la rilevanza dei pazienti asintomatici** (vedi capitolo 1.1.1 e Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 aggiornato al 24/8/2020). Per la definizione di contatto e di contatto stretto si fa invece riferimento alla Circolare n. 18584 del 29 maggio 2020. Nelle persone in carico nelle strutture sociosanitarie, la diagnosi di COVID-19 (caso confermato) deriva dal risultato positivo del TNF molecolare. La presenza di segni e sintomi coerenti con la COVID-19 è invece necessaria per porre il sospetto di COVID-19 (caso sospetto o sintomatico sospetto) da confermare poi tempestivamente con l'esecuzione di TNF antigenico rapido e/o molecolare. La presenza di sintomi è anche utile per interpretare il risultato del TNF, se questo risulti dubbio o non coerente con la sintomatologia. La discordanza fra sintomi e risultato del TNF (caso probabile) può far sospettare la presenza di un risultato falso negativo o di un TNF eseguito troppo precocemente; in entrambi i casi, è utile mantenere l'isolamento e ripetere il test a distanza di qualche giorno. Per la definizione di isolamento e di quarantena, il riferimento è la circolare n. 32580 del 12 ottobre 2020 del Ministero della Salute. Le modalità di corretto isolamento dei degenti appartenenti ai diversi sottogruppi di popolazione COVID-19 (casi confermati, sospetti e probabili) e l'osservazione di quarantena delle persone che potrebbero essere suscettibili di sviluppare l'infezione (contatti, nuovi ingressi, rientri) fanno riferimento alla consolidate conoscenze di igiene e medicina preventiva, alle indicazioni dell'ISS per le strutture sociosanitarie (Rapporto 4/2020 del 24 agosto 2020) e alle norme nazionali e regionali, fra cui la DGR 3913/2020. La loro concreta applicazione nelle diverse UDO, troverà riscontro nei POG e nei DVR di ogni struttura. In questo capitolo, si richiamano solo alcune attenzioni

specifiche utili alla gestione consapevole degli isolamenti, in relazione alle caratteristiche strutturali delle diverse UDO e alla potenzialità di gestione sicura di questi degenti (Parte Seconda), oppure all'utilità o necessità di ricercare soluzioni alternative condivise con l'ATS di riferimento.

Concetto	Definizione (circolare del Ministero della Salute n. 7922 del 9 marzo 2020)
CASO SOSPETTO	Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; <i>oppure</i> Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; <i>oppure</i> Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) e che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica. Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel pronto soccorso ospedaliero, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o nel Paese è stata segnalata trasmissione locale.
CASO PROBABILE	Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente, utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.
CASO CONFERMATO	Un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) o da laboratori Regionali di Riferimento che rispondano ai criteri indicati in sub allegato 3, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

Concetto	Definizione (circolare del Ministero della Salute n. 18584 del 29 maggio 2020)
CONTATTO	<ul style="list-style-type: none"> • Un contatto di un caso COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso. Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.
CONTATTO STRETTO	<ul style="list-style-type: none"> • una persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19; • una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano); • una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); • una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti; • una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei; • un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;

Concetto	Definizione (circolare del Ministero della Salute n. 7922 del 9 marzo 2020)	La persona è:
ISOLAMENTO	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	Certamente o potenzialmente affetta dalla malattia
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	Potenzialmente sana

Tipologia di Isolamento	Modalità di attuazione (vedi bibliografia)
STRUTTURALE	Si realizza quando il paziente infetto o sospetto viene trasferito in una stanza di degenza singola o ad uso singolo , con utilizzo esclusivo del servizio igienico o con inibizione all'utilizzo di eventuali servizi igienici condivisi.
PER COORTE	L'isolamento per coorte è rappresentato dal raggruppamento di pazienti affetti dalla medesima patologia infettiva nella stessa area, nucleo, stanza di degenza, consentendo l'utilizzo comune (tra questi pazienti isolati insieme) degli spazi comuni e del servizio igienico. L'area dedicata alla

	coorte è separata da zone filtro di ingresso e di uscita per la vestizione e svestizione degli operatori ed è adeguatamente segnalata come area a rischio biologico.
FUNZIONALE	L'isolamento funzionale è una misura organizzativa realizzabile quando non è possibile isolare strutturalmente o per coorte . Consiste nell'aumentare lo spazio tra un paziente e l'altro unitamente ad una gestione coordinata dell'attività clinica sul paziente stesso. L'utilizzo del servizio igienico è gestito in base alla modalità di trasmissione dell'agente infettante, tuttavia, normalmente, l'utilizzo del servizio igienico è inibito al paziente infetto

Fonti: per le indicazioni e le modalità di isolamento nelle strutture sociosanitarie si rinvia anche al Rapporto ISS COVID-19. N. 4/2020 rev. 2. Versione del 24 agosto 2020.

4.2 Per approfondire. Chi isolare, come e perché?

Nei contesti ospedalieri e nelle collettività chiuse gli isolamenti nella COVID-19 sono quelli utili a prevenire la diffusione di malattie a medio o alto rischio di trasmissione per contatto, per via aerea o per *droplets*. Prevedono le modalità strutturale (individuale), per coorte o funzionale. L'opportunità di ricorrere all'una o all'altra delle tre opzioni dipende dal livello di rischio di trasmissione dell'agente virale (alta carica virale nelle alte e basse vie aeree; sintomi specifici come la tosse o la dispnea; la coesistenza di interventi terapeutici - ad es. ossigenoterapia, bronco-aspirazioni o terapie inalatorie - che aumentino l'emissione di *droplets* o di aerosol). Dipendono anche dalle caratteristiche della persona: autonomia, normalità cognitiva, adesione alle regole, bisogni assistenziali, capacità di utilizzo dei DPI o impossibilità al loro uso. Infine, dalle caratteristiche della struttura: livelli di saturazione, dimensioni, articolazione, localizzazione, disponibilità di spazi idonei per gli isolamenti. È quindi necessaria una specifica attualizzazione dei livelli di sicurezza, secondo le osservazioni delle direzioni sanitarie, dei responsabili medici, dei referenti COVID e dei medici curanti, anche in condivisione con le ATS di riferimento.

Il principio base cui attenersi, quando possibile e in presenza delle necessarie condizioni strutturali, è che i degenti che risultino solo contatti di casi sospetti o confermati non devono essere collocati in una posizione di potenziale insicurezza – per sé e per gli altri - fino alla definitiva diagnosi virologica (TNF). L'isolamento per coorte, in particolare, prevede l'omogeneità della condizione dei diversi residenti. Rappresentano quindi una coorte i residenti certamente affetti da COVID-19 (casi confermati). Oppure, in termini inversi, i residenti certamente non-COVID (assenza di sintomi, TNF molecolare negativo). Non rappresentano una coorte e andranno quindi separati anche fra loro, sempre se possibile e secondo le modalità più opportune: i sintomatici sospetti; gli isolati per contatto; i residenti in osservazione di quarantena per nuovi ricoveri o rientro in struttura. **Una sintesi schematica viene proposta nelle Flow Chart n. 3 e n. 4.**

Quando le caratteristiche strutturali o di occupazione dei posti letto non permettano di garantire l'isolamento individuale, è opportuno ricercare con ATS soluzioni di rete e/o soluzioni locali alternative: isolamento funzionale, separatori in plexiglas, distanziamento, uso dei DPI, separazioni per gruppi e separazione rispetto ai degenti COVID e non-COVID. L'utilizzo dei TNF antigenici rapidi può contribuire alla sicurezza dei degenti e della struttura: in assenza di soluzioni alternative, se il risultato è positivo, il degente può essere isolato per coorte con i degenti COVID. Se il risultato è negativo, occorre attendere la conferma del successivo TNF molecolare.

Nelle comunità e nelle persone in cui i principi di isolamento, distanziamento e utilizzo dei DPI non siano possibili o sufficientemente sicuri, può essere necessario identificare insieme all'ATS di riferimento soluzioni locali alternative, se presenti. Tutte le soluzioni devono essere comunicate e condivise con le famiglie e circostanziate nella documentazione dell'utente.

FLOW CHART n. 3 – GESTIONE DEGLI ISOLAMENTI

Chi isolare

- I casi confermati
- I degenti con sintomi sospetti (casi sospetti e casi probabili)
- I contatti di caso confermato o sospetto
- I degenti in quarantena (osservazione per nuovi ricoveri o rientri)

Perché

- Casi confermati: possono diffondere l'infezione
- Sintomatici sospetti: possono diffondere l'infezione (se saranno confermati dopo TNF) o possono essere infettati (se risulteranno non-COVID)
- Contatti: possono diffondere l'infezione (se saranno confermati dopo TNF) o possono essere infettati (se risulteranno non-COVID). **Se compaiono sintomi durante l'osservazione, diventeranno Casi sospetti.**
- Degenti in osservazione di quarantena: potrebbero essere nella fase di incubazione. Vanno separati dai casi confermati, dai casi probabili e dagli isolati per contatto per non essere esposti al rischio di infezione. Vanno separati dai degenti sani perchè potrebbero sviluppare la malattia. **Se compaiono sintomi durante l'osservazione, diventeranno Casi sospetti.**

Come

- Isolamento individuale (strutturale): sintomatici sospetti, contatti, degenti in quarantena
- Isolamento di coorte: degenti COVID (casi confermati con TNF rapido o molecolare)
- Isolamento funzionale: solo se non esistono soluzioni alternative più sicure. Non riguarda i casi confermati, che richiedono isolamento individuale o di coorte

Durante l'isolamento

- Mantenere il trattamento delle condizioni preesistenti e garantire un'adeguata informazione a persone e famiglie. Sostenere le difficoltà emotive e personali legate all'isolamento
- Monitoraggio dei sintomi e della stabilità clinica (NEWS2 o variabili equivalenti) secondo la frequenza proposta (sub allegato 1) o le indicazioni ricevute dai medici di riferimento
- Nei casi confermati, trattamento appropriato secondo stadio (vedi capitolo 3.0 e Allegati 2 e 3)
- Nei sintomatici sospetti: TNF antigenico rapido all'inizio e dopo 5 e 10 giorni (T0, T5, T10). **Se positivi, diventeranno Casi.**
- Le persone in isolamento di coorte, possono mantenere relazioni sociali e partecipare alla vita comune del reparto o area di isolamento. I sospetti e i contatti, dovrebbero restare isolati fra loro e dagli altri residenti

Durante la Quarantena

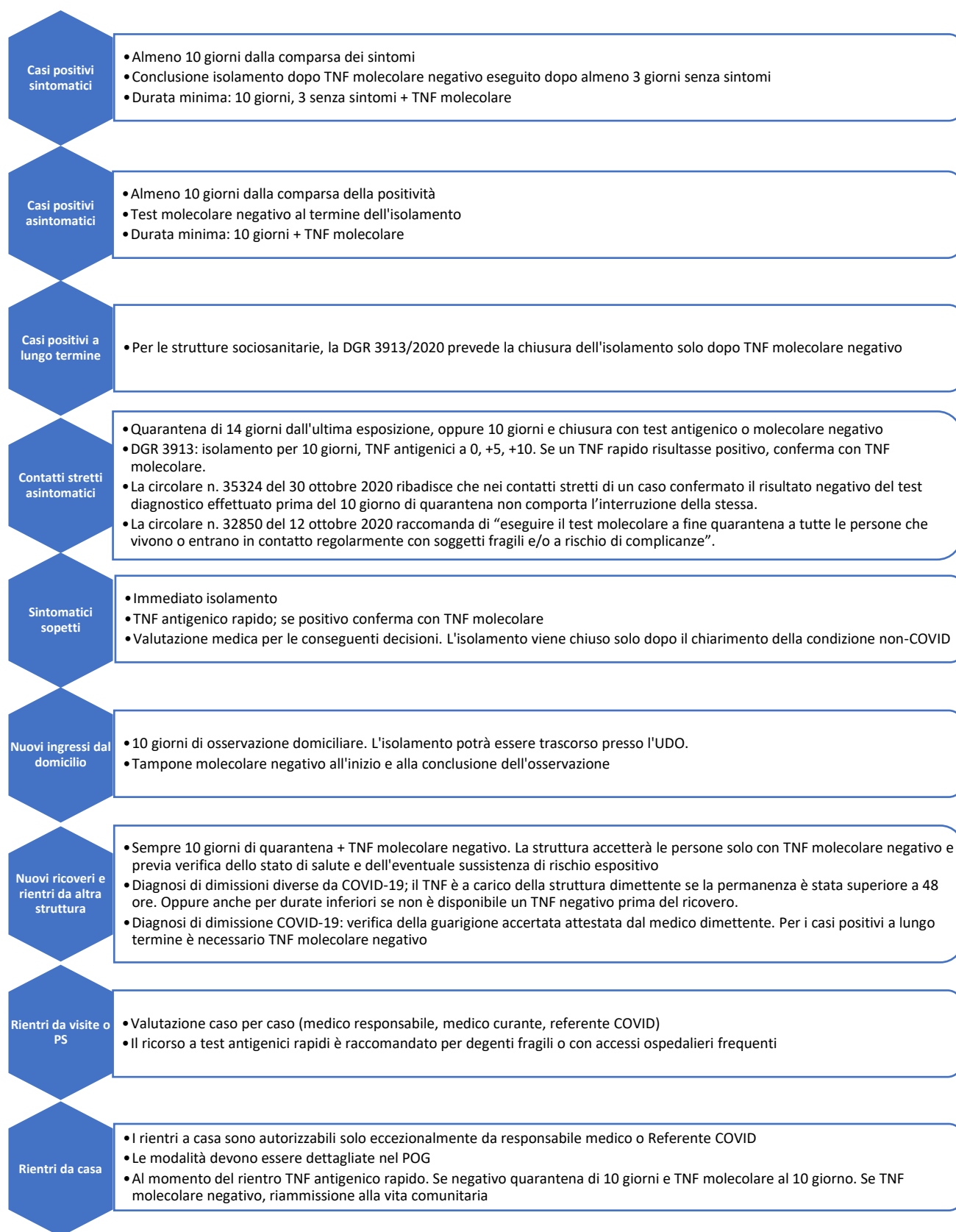
- Mantenere il trattamento abituale delle condizioni preesistenti e garantire un'adeguata informazione a persone e famiglie. Sostenere le difficoltà emotive e personali legate all'isolamento
- Monitoraggio dei sintomi e della stabilità clinica (NEWS2 o variabili equivalenti), ad esempio secondo la frequenza proposta dal modello NEWS2 (sub allegato 1) o le indicazioni ricevute dai medici di riferimento.
- In caso di comparsa dei sintomi, comportarsi come per i sintomatici sospetti.
- Durante il periodo di isolamento le persone dovrebbero restare isolate dagli altri residenti in quarantena

Chiusura isolamento

- Secondo le indicazioni della circolare n. 32580 del 12/10/2020 e della DGR 3913/2020
- Le indicazioni sono sintetizzate nella Flow Chart n. 4

FLOW CHART n. 4.

SINTESI DELLA DURATA E DELLE MODALITÀ DI CHIUSURA DEGLI ISOLAMENTI E DELLE QUARENTENE (Circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12/10/2020 e DGR 3913/2020)



4.3 Attenzioni ulteriori ex DGR 3913/2020 e circolari n. 35324 e n. 32850

- Per la complessità e articolazione della casistica oggetto di questo documento, si rimanda al Referente medico dell'UDO ovvero al medico dell'ospite/paziente o al medico competente (per gli operatori) ai fini della corretta interpretazione dei test e della situazione clinica nelle situazioni specifiche, chiedendo, se necessario, parere infettivologico.
- Nei contesti con utenti fragili, è facoltà dei responsabili medici, medici curanti, direzioni sanitarie (dove presenti), di concerto con il Referente COVID, adottare misure più protettive quando ritenuto opportuno (ad es. prolungamento a 14 giorni dell'isolamento o quarantena o TNF molecolare di chiusura), applicando le indicazioni delle Circolari del Ministero della Salute n. 32580 e n. 35324, che per comodità si riportano di seguito:
 - la circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12 ottobre 2020, raccomanda di eseguire il TNF molecolare a fine quarantena a tutte le persone (operatori e degenti) che vivono o entrano in contatto regolarmente con soggetti fragili o a rischio di complicanze;
 - negli screening di comunità (sorveglianza attiva), la Circolare 35324 del 30 ottobre 2020 prevede l'utilizzo del test antigenico con conferma con TNF molecolare (nei casi positivi), se in assenza di un link epidemiologico.
 - Per i sintomatici sospetti, la circolare del Ministero della Salute n. 35324 del 30 ottobre 2020, consiglia come prima scelta il TNF molecolare e solo in alternativa il TNF rapido con conferma sui casi positivi. Non fornisce indicazioni sui degenti con TNF negativo, che viene quindi lasciato alla discrezione clinica del curante.
 - In presenza di sintomi sospetti, un TNF antigenico rapido può essere praticato – se disponibile nell'immediatezza - per garantire all'équipe una prima informazione.
- Per le caratteristiche di specificità e sensibilità dei test antigenici rapidi, un risultato positivo prefigurerà un'alta probabilità di positività del successivo TNF molecolare, permettendo il passaggio all'isolamento di coorte. Un risultato negativo non darà invece la stessa sicurezza (Mina MJ, 2020; European Commission, 2020), per cui non si potrà escludere la necessità di isolamento. È quindi consigliabile attendere il risultato del TNF molecolare di conferma. Il risultato negativo dei TNF antigenici rapidi va sempre interpretato con attenzione. La loro sensibilità (la capacità di un test di identificare i soggetti malati) è relativamente bassa e può ridursi nell'effettivo utilizzo operativo (Mina MJ, 2020). La circolare del Ministero della Salute n. 35324 del 30/10/2020 propone gli antigenici rapidi come prima scelta solo in un numero limitato di condizioni; ad esempio, per lo screening su gruppi estesi di popolazione, con l'obiettivo di identificare il maggior numero possibile di positivi con un utilizzo più efficiente dei TNF molecolari. Nei contesti ad alto rischio, come le collettività chiuse di persone fragili, il test antigenico rapido può essere utilizzato nel *contact tracing*, controbilanciando la bassa sensibilità con la maggiore velocità di tracciamento dei degenti positivi. Anche il Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2020 (aggiornato al 15 dicembre 2020), raccomanda alle strutture l'esecuzione di uno screening con test antigenici rapidi a tutti i degenti con frequenza almeno quindicinale. Resta invece da confermare l'utilizzabilità negli asintomatici (circolare ministeriale n. 35324). Al contrario, nei soggetti paucisintomatici in assenza di link epidemiologico, nei sintomatici, nei contatti stretti di caso confermato e negli asintomatici destinati a un ricovero programmato in larghe comunità chiuse come le RSA, il test molecolare resta quello di prima scelta e l'eventuale utilizzo dei test rapidi richiede sempre la conferma con TNF molecolare (Circolare n. 35324).
- L'utilizzo dei test antigenici rapidi è ancora oggetto di discussione e le indicazioni normative sono ancora in evoluzione. È quindi consigliabile che il personale che abbia diretta responsabilità sul tema della somministrazione e interpretazione dei test, si mantenga costantemente aggiornato, sia rispetto al loro utilizzo con finalità di screening o di *contact tracing* che in quello con obiettivi diagnostici. Nel solo ambito degli screening, la minore sensibilità dei test antigenici rapidi può essere interpretata secondo il contesto di utilizzo specifico: quanto spesso conviene che vi si ricorra, a chi è eseguito, con quali obiettivi e come i risultati possano orientare considerazioni e decisioni tempestive. Negli screening, la facilità e rapidità dei test antigenici può essere valorizzata rispetto alla sola sensibilità. La trasmissione di Sars-CoV-2 sembra verificarsi alcuni giorni dopo l'esposizione, quando la carica virale raggiunge il suo picco. Questa tempistica restituisce valore alla frequente e immediata ripetizione dei test e riduce l'importanza di

rilevare quantità molecolari molto basse, proprietà attribuibile ai test benchmark. Ciò comporta che, secondo diversi criteri, l'indagine molecolare RT-PCR per la rilevazione del genoma (RNA) del virus SARS-CoV-2 nel campione biologico, pur essendo il benchmark, può risultare non efficace in un regime di sorveglianza continua (Mina, 2020). L'argomento è comunque dibattuto. Il documento della Commissione Europea del 18 novembre 2020 raccomanda: *“Se un test antigenico rapido viene utilizzato in una popolazione con alta prevalenza di infezione, i risultati negativi dovrebbero essere confermati utilizzando un test RT-PCR o con la ripetizione di un test antigenico. Se il test antigenico rapido è utilizzato in una popolazione con bassa prevalenza di infezione, i risultati positivi dovrebbero essere confermati con un test RT-PCR o con un nuovo antigenico rapido. In entrambi i casi, l'uso e la scelta del test di conferma dipende dal livello di tollerabilità del rischio associato sia alla mancata rilevazione di casi positivi che a quello di rilevare false positività”* (European Commission, 18-11-2020).

In sintesi, nell'utilizzo dei test rapidi bisogna tenere conto del contesto (bassa o alta prevalenza epidemiologica della malattia da SARS-CoV-2) e degli obiettivi per i quali vengono utilizzati (ad esempio, screening o diagnosi di degenti sintomatici). Nel solo utilizzo di screening e di *contact tracing*, quando cioè si voglia mantenere in sorveglianza attiva e continua la popolazione della struttura o sviluppare rapidamente una mappatura dei contatti asintomatici, il rischio di non individuare tutti i casi può essere controbilanciato dalla rapidità dei risultati e dalla possibilità di ripetere periodicamente il campionamento. Nelle collettività chiuse con degenti fragili, questi rischi vanno però tenuti presenti e integrati in strategie più ampie di protezione. Nelle situazioni di bassa prevalenza epidemica, può essere consigliabile confermare con un secondo test (rapido o molecolare) gli eventuali e rari casi positivi; nelle situazioni di alta prevalenza epidemica sarà invece necessaria maggiore attenzione verso il rischio di falsi negativi. Al contrario, nell'utilizzo diagnostico su pazienti sintomatici o con forte link epidemiologico che risiedono in contesti sociosanitari ad alto rischio, il test di riferimento resta quello molecolare. L'utilizzo del test antigenico può essere valutato quando i sintomi siano di recente insorgenza (meno di 5 giorni) e il contatto recente (entro i 7 giorni dalla possibile esposizione). Nei pazienti sintomatici, il risultato negativo richiede un test di conferma, meglio se molecolare. In un contesto di circolazione virale sostenuta, un risultato positivo al test rapido può non richiedere altre conferme per procedere alle misure di sicurezza necessarie.

4.4 Per approfondire. Attenzioni specifiche per le attività di isolamento e osservazione

1. I motivi per isolare le persone sono legati alla possibilità di trasmettere l'infezione o di essere infettati. Un caso confermato può certamente infettare altri residenti. Una persona non affetta da COVID può correre il rischio di essere infettata dai degenti COVID.
2. Le persone isolate perché contatti stretti di casi certi o confermati, sono potenzialmente sane, ma vanno mantenute in osservazione per l'eventuale comparsa di sintomi lungo la durata dell'incubazione (circa 14 giorni). Questi sintomi potrebbero comparire oppure no, ma la persona potrebbe comunque positivizzarsi anche restando asintomatica. Quando possibile, i contatti andrebbero quindi protetti sia fra loro (non è prevedibile se uno di loro potrà diventare un caso) che rispetto agli altri residenti COVID o non-COVID. Nel caso, sarà necessario applicare in modo rigoroso il distanziamento sociale, l'inibizione di utilizzo degli spazi condivisi, l'utilizzo dei DPI.
3. Queste attenzioni possono apparire ridondanti sul breve periodo ma nel medio e lungo periodo – soprattutto nelle strutture con maggiore saturazione - i contatti non isolati in modo individuale che dovessero positivizzarsi, potrebbero creare catene di amplificazione della produzione di ulteriori contatti. La dinamica di crescita delle ulteriori necessità di isolamento potrebbe diventare non lineare e poco governabile. Quando possibile, sembra quindi utile consigliare un atteggiamento aggressivo e proattivo nella ricerca, identificazione e isolamento dei contatti.
4. I sintomatici sospetti vanno isolati immediatamente e va disposta la parallela quarantena per i possibili contatti stretti. Va quindi predisposto il test antigenico rapido e/o molecolare e avviata la valutazione medica per le conseguenti decisioni terapeutico-assistenziali (DGR 3913/2020, Flow Chart n. 3 e n. 4). Si ricorda come la massima trasmissibilità del virus sembra coincidere con la prima settimana dalla comparsa dei sintomi, durante la quale sembra anche più elevata la sua capacità di replicazione. Queste proprietà, però, possono essere presenti anche nei pazienti asintomatici o con sintomi lievi o non facilmente identificabili. Anche in questo caso, nelle collettività chiuse, è quindi utile integrare un atteggiamento di ricerca attiva dei sintomatici sospetti con programmi di screening su tutti i degenti (DGR 3777/2020).
5. Se la rete dei servizi per la gestione dei pazienti COVID-19 non è in grado di garantire celermente la presa in carico delle persone e se la struttura non ha spazi adeguati a garantire un adeguato isolamento individuale/strutturale – soprattutto in presenza di un numero di degenti sospetti o contatti che superi la disponibilità di camere per isolamento – sarà necessario condividere con l'ATS di riferimento le possibili strategie alternative (Tavola sinottica n. 1). Si ricorda che l'isolamento funzionale è una misura possibile ma **sconsigliabile**, se esistono le condizioni per una modalità di isolamento più idonea. Anche l'isolamento funzionale, che è una modalità d'emergenza e provvisoria, va comunque integrato con le restanti misure di sicurezza: distanziamento sociale, utilizzo dei DPI (se tollerati) da parte del paziente, inibizione dell'utilizzo degli spazi comuni e di bagni condivisi, inibizione del movimento libero se non altrimenti possibile, gestione differenziata da parte del personale, sanificazione dei materiali e, se monouso, smaltimento come rifiuti infetti. . Non da meno, l'isolamento funzionale sarà meno sicuro in presenza di attività che possano produrre aerosol (ad es. ossigenoterapia con ossigeno umidificato e in maschera aperta), che possono disperdere il virus oltre la semplice traiettoria balistica delle *droplets* (sub allegato 3).
6. Negli spostamenti dei degenti è necessario un approccio razionale per ordinare la dislocazione dei pazienti in modo che le procedure di assistenza procedano sempre nella direzione **pulito > sporco** (prima i degenti certamente non-COVID, poi quelli potenzialmente "sporchi" perché in isolamento come sintomatici sospetti o come contatti di caso sospetto o in osservazione di quarantena perché nuovi ingressi o rientri). Un'ordinata disposizione degli ospiti non infetti e Covid-19, consentirà un minor rischio di errori procedurali e quindi di diffusione del contagio. Ottenuta la conferma diagnostica di positività di un sintomatico sospetto, questo potrà essere trasferito negli spazi di isolamento di coorte previsti per i degenti COVID. **La camera originaria andrà sanificata prima del suo nuovo utilizzo con altri degenti.**

PARTE SECONDA – LA GRADUAZIONE DEL RISCHIO E DEL LIVELLO DI PROTEZIONE NELLE UNITA' D'OFFERTA SOCIO SANITARIE E SANITARIE DELLA RETE TERRITORIALE EXTRAOSPEDALIERA

La possibilità di gestire persone affette da COVID-19 dipende, oltre che dal grado di espressione clinica della malattia, anche dalle caratteristiche strutturali e organizzative delle strutture in cui risiedono.

È possibile **identificare diversi elementi di protezione** che possono garantire la gestione in sicurezza dei residenti, sulla base di caratteristiche legate ai requisiti di esercizio e di accreditamento delle unità d'offerta, alla particolare modalità di gestione delle attività e alla eventuale possibilità di adattamento virtuoso dell'UDO alle esigenze di isolamento, di cura e assistenza. Attraverso una analisi interna degli elementi di protezione e delle possibilità di attuare cambiamenti, anche temporanei, sarà possibile valutare la possibilità di trattenere gli ospiti COVID-19 positivi, fino a guarigione o solo temporaneamente, fino ad una collocazione in strutture più adeguate. Per le strutture dove, per vincoli strutturali ed organizzativi legati all'assetto dei requisiti di esercizio/accreditamento o anche alla diffusione interna dei casi, non sia possibile gestire gli ospiti COVID-19 positivi con sufficiente sicurezza, è indispensabile il **collegamento con i servizi territoriali di diagnosi e cura**.

Resta inteso che le decisioni sulla possibilità di trattenere in struttura o trasferire in servizi socio sanitari o sanitari più idonei, non possano essere rigidamente definite in modo schematico, ma debbano rientrare in una **valutazione dei singoli setting e delle singole situazioni cliniche da parte del medico che ha in cura le persone** e che deve poter esprimere le sue decisioni in scienza e coscienza; questo, tenendo come obiettivo la **tutela della salute del singolo e della comunità in cui risiede**.

L'autovalutazione periodica del grado di protezione della struttura, proposta in questa seconda parte, ha la finalità di tenere alta l'attenzione sul setting di assistenza e di cura in base al numero dei casi COVID-19, come **guida per le decisioni organizzative o strutturali interne o per definire l'urgenza o la differibilità di eventuali trasferimenti in strutture diverse (vedi Tavola Sinottica n. 1)**.

5.0 VALUTARE IL LIVELLO DI PROTEZIONE DI UNA STRUTTURA

Per la gestione sicura dei pazienti COVID nelle strutture socio sanitarie, si ritiene necessario identificare indicatori di protezione di carattere strutturale e di carattere organizzativo e gestionale legati alle diverse tipologie di UDO. Si tratta di elementi che possono essere previsti rispetto ai requisiti di esercizio e di accreditamento delle diverse tipologie della rete d'offerta e, in parte, collegati alla possibilità di adattare l'UDO alle esigenze straordinarie della pandemia, sia in termini strutturali che gestionali. Gli indicatori di protezione, se già adeguati o facilmente implementabili nella specifica UDO, garantiscono margini di sicurezza ragionevoli anche a fronte delle incertezze specifiche della gestione COVID. Se non adeguati, diventano automaticamente elementi o segnali di rischio del particolare setting di assistenza e di cura. La loro identificazione rappresenta, in ogni caso, una valutazione utile per favorire il governo del rischio locale e orientare verso azioni di miglioramento.

Verranno trattate in questo capitolo solo le strutture residenziali, escludendo le unità d'offerta ambulatoriali e semiresidenziali, sulla base della possibilità, conseguente alla valutazione anche congiunta tra Referente Covid-19/Responsabile medico e ATS competente, di chiudere tali strutture in caso di focolai tra ospiti ed operatori, con la possibilità di trasferire a domicilio eventuali programmi personalizzati e alternativi alle attività normalmente svolte nei centri diurni o ambulatoriali. La valutazione complessiva della sicurezza di un setting di cura e assistenza dovrebbe sempre mettere in relazione la particolare condizione di salute o malattia delle persone, come descritto nella Parte Prima, con il grado di protezione del particolare contesto in cui le persone risiedono.

Per gli scopi di questo documento, si identificano quindi due categorie di indicatori per le unità d'offerta socio-sanitarie residenziali:

- A) Indicatori di protezione strutturali
- B) Indicatori di protezione organizzativo-gestionali

A) Indicatori di protezione strutturali

- **Presenza di aree o stanze dedicate alla quarantena per i nuovi ingressi o rientri**, per l'osservazione di nuovi ospiti prima dell'inserimento nella struttura. Si tratta di uno o più locali – quando possibile integrabili in un nucleo specifico – dedicati all'accoglienza di nuovi ospiti, dove possono essere mantenuti in monitoraggio clinico fino alla certezza di assenza di malattia. Come già indicato nella prima parte di questo documento, l'osservazione di quarantena richiede un isolamento individuale/strutturale. La mancanza o assenza di aree o camere di quarantena dovrebbe portare a ripensare all'opportunità di accettare nuovi ingressi. Si ricorda come i degenti in quarantena siano degenti TNF negativi, ma in osservazione nel sospetto che possano essere in fase di incubazione della malattia.
- **Presenza di un congruo numero di camere di isolamento**, utili per isolare rapidamente degenti sintomatici sospetti, contatti e degenti COVID-19 confermati. Il numero di camere disponibili dovrebbe essere rapportato al numero totale di PL della struttura e ai livelli di incidenza e prevalenza della malattia registrati in passato o nel periodo di riferimento, per garantire sicurezza alla struttura in caso di necessità.
- **Presenza di reparti o nuclei rapidamente separabili** per eventuali isolamenti di coorte di degenti COVID-19, per garantire sicurezza in caso di comparsa di eventuali cluster all'interno della struttura, almeno in attesa di trasferimento verso strutture più idonee. La disponibilità di spazi per gli isolamenti di coorte garantisce anche un uso più efficiente ed efficace delle risorse umane e dei DPI, rispetto alla sommatoria dei soli isolamenti individuali, eventualmente diffusi nella struttura.
- **Presenza di percorsi separati**, sia orizzontali che verticali (scale, ascensori), per la necessaria separazione pulito/sporco, in presenza di degenti COVID-19 o gestiti in isolamento o in osservazione di quarantena.
- **Identificazione nella struttura, meglio se con codice colore e cartellonistica adeguata, di aree:**
 - **Verdi:** pulite, con rischio assente o basso. Gli operatori possono muoversi solo con la divisa di base e la mascherina chirurgica. Eventuali visitatori, dopo triage negativo, possono entrare con mascherina chirurgica. Sono aree in genere riferibili alle zone di ingresso, agli uffici, agli spazi comuni, agli spogliatori, ai servizi generali, ai percorsi puliti orizzontali e verticali. In generale, in tali zone e percorsi verdi, non è previsto il transito o la presenza di persone isolate o degenti.
 - **Gialle:** rischio presente, anche se basso. Sono, ad esempio, le aree di degenza ordinaria, in assenza di degenti COVID-19, in una fase locale di presenza attiva di focolai attivi nel territorio di riferimento, che aumenta il rischio di infezioni trasmesse dagli operatori ai degenti. Sono da considerare a rischio anche le aree comuni dei servizi ambulatoriali o le zone di arrivo di nuovi degenti o rientri da ospedale di pazienti non-COVID. In queste aree, gli operatori devono indossare camice idrorepellente e - nei periodi di alta prevalenza epidemica e secondo il livello di rischio localmente presente (secondo le valutazioni del referente COVID e del Risk manager, se presente) - maschera FFP2. I familiari, sono ammissibili secondo le regole localmente definite dal Referente COVID/Direttore sanitario e sulla base della normativa di riferimento.
 - **Rosse:** rischio biologico elevato. Sono, ad esempio, i reparti di isolamento di coorte dei degenti COVID-19. Devono essere segnalate da adeguata cartellonistica e preceduti da zona filtro con separazione della zona pulita da quella sporca, per le necessarie operazioni di vestizione e svestizione. I DPI da utilizzare sono quelli previsti per le attività diretta a degenti COVID. Vanno indossati prima dell'ingresso e vanno smaltiti in contenitori appositi prima dell'uscita. I familiari non sono ammissibili e le comunicazioni vanno garantite con modalità a distanza. La mappatura delle zone di rischio è di competenza del Responsabile medico/Referente COVID con la collaborazione, se presente, del Risk Manager. Dipende dalla specifica struttura architettonica degli edifici, dalla loro organizzazione e dalle valutazioni del rischio locale e territoriale
- **Possibilità di escludere il ricircolo** in caso di impianto di trattamento dell'aria.

B) Indicatori di protezione organizzativo-gestionali

- identificazione formale del **Referente COVID**, adeguatamente formato;
- presenza di un **Piano Organizzativo Gestionale aggiornato** alla situazione epidemiologica e coerente con le disposizioni normative regionali e nazionali;
- presenza di **figure professionali sanitarie** nelle strutture che le prevedono per la normativa di accreditamento istituzionale: medico, infermiere;
- presenza di **personale di assistenza (ASA/OSS)**;
- presenza di **altre figure professionali sanitarie**;
- presenza sufficiente di **personale a rapporto esclusivo** presso la specifica struttura;
- disponibilità di **consulenze specialistiche** (infettivologiche/pneumologiche), anche in teleconsulto e televisita;
- presenza di **equipe di personale complete** delle figure previste a standard;
- **mantenimento del minutaggio medio** previsto dalla specifica normativa di settore;
- presenza di **equipe dedicata per eventuali nuclei destinati all'esclusiva accoglienza di degenti COVID-19**;
- **disponibilità di figure professionali in caso di assenza** di personale per eventi imprevisti o per malattia;
- presenza di **DVR aggiornato**;
- presenza di adeguate **scorte di DPI, secondo le indicazioni normative**;
- **disponibilità di farmaci** tra quelli raccomandati in caso di presa in carico di degenti Covid-19;
- **disponibilità di test antigenici** rapidi, secondo le modalità di distribuzione o di rimborso garantite dalle normative vigenti;
- **disponibilità di test molecolari**, secondo le indicazioni e gli azionamenti previsti dalle ATS di riferimento e capienza dei laboratori definiti per l'azionamento adeguata ai posti letto della struttura;
- procedure di **riconoscimento precoce dei sintomi sospetti** e di rapido intervento secondo le indicazioni di letteratura e le normative di riferimento;
- presenza di un modello di **monitoraggio clinico dei degenti** con sintomi sospetti, contatti, in osservazione di quarantena o Covid-19 accertati.

5.1 INDICATORI DI RISCHIO EPIDEMIOLOGICO E FLUSSI DI MONITORAGGIO

I modelli di valutazione del rischio e di governo clinico delle emergenze prevedono forme di stratificazione per livelli, utili a identificare tempestivamente cambiamenti del livello di rischio locale e orientare efficacemente gli interventi conseguenti. La valutazione delle variabili fin qui descritte è utile a definire – col supporto di audit dei servizi delle ATS di riferimento - il livello di rischio della propria struttura, potendo quindi operare per la correzione o adeguamento degli eventuali indicatori critici. Può rappresentare un utile complemento di questa valutazione, la strutturazione di modelli di analisi locale di alcune variabili, raccolte sistematicamente e condivise in forma di flusso con le ATS di riferimento.

Queste informazioni, soprattutto se integrate in un sistema regionale e ATS di raccolta dati omogenea e sistematica, possono favorire sia i processi decisionali locali che quelli di governo ampio di sistema. Questo modello implica la definizione puntuale degli indicatori da raccogliere sistematicamente, le modalità di calcolo delle tendenze di incidenza e prevalenza (numeratori e denominatori) e la costruzione dei valori soglia da utilizzare come riferimento. Queste informazioni possono così produrre cruscotti sintetici a disposizione del gestore e, in forma aggregata, alle ATS e al programmatore regionale. Potrà quindi diventare più efficace l'azione di rilevazione tempestiva delle soglie di sicurezza o di allarme (locali e di sistema) e la programmazione delle azioni necessarie, anche di supporto e di condivisione delle decisioni con le strutture.

Per le considerazioni già espresse nelle sezioni precedenti di questo documento, sembra utile consigliare ai Referenti COVID, anche con il coinvolgimento dei medici di riferimento nelle UDO dove non sia presente una équipe sanitaria e d'intesa con le ATS territorialmente competenti, programmi di formazione alla rilevazione tempestiva dei sintomi sospetti per COVID-19 e alla loro corretta gestione. Nelle strutture che, sulla base dei

requisiti, non sono dotate di personale sanitario, è importante mantenere attivo un canale di comunicazione con i medici di riferimento e i servizi sanitari territoriali, perché possano attivare a loro supporto, valutazioni cliniche, diagnostico-terapeutiche e la prescrizione de test TNF molecolari.

La valutazione del livello di protezione o di rischio di ogni singola struttura dipende, quindi, dall'analisi di diversi indicatori di protezione (strutturale e organizzativo-gestionale) e dalla possibilità di monitorare nel tempo le tendenze (in termini di incidenza e prevalenza) dello stato di degenti e operatori. Si tratta, di valutazioni che non possono essere rigidamente classificabili e dovrebbero essere ripetute nel tempo, in quanto alcuni indicatori dipendono dal numero degli operatori in servizio, dal numero di ospiti e di operatori che possono contrarre l'infezione da SARS-CoV2 e dalla capacità del gestore di organizzare la struttura attraverso un piano organizzativo gestionale aggiornato.

5.2 CHECK LIST DI AUTOVALUTAZIONE DEL GRADO DI PROTEZIONE DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE

Di seguito vengono proposte due Check List di autovalutazione, che dovrebbero essere compilate dal Responsabile Medico/Referente Covid, con una cadenza periodica, soprattutto a seguito del riscontro di casi positivi, oppure secondo una periodicità proporzionata al livello di rischio epidemiologico della struttura e del territorio di riferimento.

A) INDICATORI DI PROTEZIONE STRUTTURALI	NOTE	AUTOVALUTAZIONE DESCRITTIVA DELL'INDICATORE
Presenza di aree o camere di quarantena, per l'osservazione di nuovi ingressi o rientri prima dell'ammissione o riammissione alle degenze ordinarie	Indicatore pertinente in caso di ingresso di nuovi ospiti. NB: Le camere di quarantena devono essere singole e separate dalle camere di isolamento di casi accertati, di sintomatici sospetti e di isolamento per contatto	Descrivere
Camere di isolamento: presenza di numero adeguato di PL liberi in camera singola o ad uso singolo, con bagno dedicato o, quando non possibile, con possibilità di inibizione dell'utilizzo di eventuali bagni condivisi	il numero di camere di isolamento libere dovrebbe essere congruo con il numero complessivo dei posti letto totali e con il numero di ospiti con sintomi sospetti per covid19, contatti stretti o covid19 confermati presenti in struttura	Descrivere
Presenza di nuclei/reparti separabili per eventuali isolamenti di coorte	Diventa pertinente in caso di ospiti COVID-19 confermati in numero superiore al numero di posti letto di isolamento in camera singola o uso singola	Descrivere
Presenza di percorsi separati, verticali e orizzontali, per pulito/sporci	Valutabile anche la possibilità di adattare, separando i percorsi, in caso di presenza di ospiti COVID positivi o sospetti	Descrivere
Presenza di aree filtro di vestizione/svestizione prima dell'ingresso nei nuclei/aree di isolamento o prima dell'ingresso nelle camere di isolamento	Valutare in rapporto al numero di camere/nuclei per ospiti covid accertati o sospetti o in osservazione	Descrivere
Possibilità di escludere il ricircolo in caso di impianto di ventilazione	Pertinente solo in caso di impianto di riscaldamento/raffrescamento con ricircolo	Descrivere
Aree di adeguamento/miglioramento:		
Programma di interventi in caso di possibilità di adeguamento:		

B) INDICATORI DI PROTEZIONE ORGANIZZATIVO-GESTIONALI	NOTE	AUTOVALUTAZIONE
Identificazione del Referente COVID	Nominato formalmente e con adeguata formazione	Descrivere
Presenza di un Piano Organizzativo Gestionale COVID-19 aggiornato e coerente con le disposizioni normative regionali e nazionali	Aggiornato con le disposizioni normative regionali e nazionali	Descrivere
Presenza di medico in struttura	Indicare se presente, reperibile, assente o non previsto nei requisiti	Descrivere
Presenza di infermiere	Indicare se presente, reperibile, assente o non previsto nei requisiti	Descrivere

Presenza di altre figure professionali sanitarie	Indicare se presenti, reperibili, assenti o non previsti nei requisiti	Descrivere
Presenza di operatori di assistenza (ASA/OSS)	Indicare se presente, reperibile, assente o non previsto nei requisiti	Descrivere
Presenza di personale a rapporto esclusivo con l'unità d'offerta	Indicare la presenza di personale che opera solo nella specifica struttura o il numero di operatori con libertà di rapporto lavorativo con altre strutture/UDO	Descrivere
Disponibilità di consulenze specialistiche (infettivologiche/pneumologiche)	Valutare la disponibilità di rapporto strutturato con consulenti specialisti, anche in teleconsulto o televisita o l'attivazione di convenzioni non onerose con le ASST di riferimento, ai sensi della DGR 3913/2020	Descrivere
Presenza di equipe di personale complete di tutte le figure previste a standard	Valutare la presenza o assenza delle figure previste dalla specifica normativa di esercizio/accreditamento	Descrivere
Mantenimento del minutaggio previsto	Riferito al minutaggio previsto dalla specifica normativa della tipologia di unità d'offerta	Descrivere
Presenza di DVR aggiornato	Valutare se il DVR è aggiornato alla fase pandemica	Descrivere
Presenza di scorte di DPI completi	Valutare la sufficiente disponibilità di scorte di DPI, secondo i livelli di rischio locali	Descrivere
Disponibilità di farmaci tra quelli raccomandati in caso di COVID-19	Valutabile solo nelle strutture dotate di personale sanitario o di farmacia centrale. Indicare non pertinente nelle strutture che dipendono dai MMG per la prescrizione	Descrivere
Possibilità di effettuare test antigenici rapidi per SARS-Cov2	Valutabile nelle strutture dotate di personale sanitario, rispetto alla fornitura garantita dalle ATS di riferimento	Descrivere
Possibilità di effettuare test molecolari per SARS-Cov2	Valutabile nelle strutture dotate di personale sanitario. Segnalare il numero di test molecolari garantiti dai laboratori con i quali si è stati azionati/di riferimento	Descrivere
Capacità di riconoscimento precoce di sintomi sospetti	Valutabile in presenza di personale sanitario o di personale adeguatamente formato con procedura di rilevazione standardizzata dei sintomi	Descrivere
Presenza di un monitoraggio giornaliero di ospiti con sintomi sospetti, contatti e con COVID-19 confermato	Raccolta dati per monitoraggio interno o su richiesta di ATS	Descrivere
Presenza di un monitoraggio giornaliero di operatori assenti per sintomi sospetti, contatti stretti o per COVID-19 confermato	Raccolta dati per monitoraggio interno o su richiesta di ATS	Descrivere
Presenza del monitoraggio giornaliero di ospiti deceduti in struttura per COVID accertato o sospetto	Raccolta dati per monitoraggio interno o su richiesta di ATS	Descrivere
Aree di adeguamento/miglioramento: Programma di interventi in caso di possibilità di adeguamento:		

TAVOLA SINOTTICA n. 1
SETTING PER LA GESTIONE DI CASI COVID-19 ASINTOMATICI/PAUCISINTOMATICI O SOSPETTI COVID-19/CONTATTI DI CASO
NON ASSISTIBILI NELLE UDO DI APPARTENENZA O AL DOMICILIO

SETTING*	CONDIZIONI CLINICHE TARGET	STANDARD (n. DGR)	Tariffari (n. DGR)
SUB – ACUTE (indice di complessità 4)	<p>DGR n. 3681/2020</p> <p>1. <u>Coordinamento medico continuo</u> con la necessità di un <u>significativo numero di accessi del medico</u> e dell’infermiere</p> <p>2. Assistenza infermieristica H24</p> <p>3. Sulla base delle necessità dei pazienti, l’eventuale supporto di <u>servizi intermedi</u> quali il laboratorio analisi e la radiodiagnostica</p> <p>4. Un <u>approccio multiprofessionale e multidisciplinare</u> con un preciso programma terapeutico</p>	<p>Medico: 114 min/pz/settimana (ore diurne)</p> <p>Infermiera: 160 min/pz/giorno (H24)</p>	3681/2020
<p>CURE INTERMEDIE:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ex art. 26 specialistica - ex art. 26 generale geriatrica - ex art. 26 mantenimento <p>post acuta</p>	<p>DGR n. 3913/2020 (pazienti Profilo 1 ex DGR 3383/2015)</p> <p>Si tratta di soggetti che per il loro recupero e/o per il raggiungimento di un nuovo compenso al fine della <u>dimissione verso il proprio domicilio o a luoghi di protezione socio-sanitaria (altre unità d’offerta della rete)</u> richiedono degli interventi specifici nella sfera sanitaria ed assistenziale, che non possono essere erogati al domicilio o in ospedale.</p> <p>Comprende interventi di assistenza, di <u>riattivazione e recupero funzionale</u>, di cura e di <u>sostegno sociale</u></p>	<p>Ex art. 26:</p> <p>Medico: 60 min/pz/settimana;</p> <p>Infermiera: 240 min/pz/settimana (di cui max 50% OSS)</p> <p>Post Acuta:</p> <p>Assistenza 1.120 min/pz/settimana di cui almeno il 20% (=224 min/pz/settimana) profili professionali area sanitaria e medico reperibile H24</p>	3913/2020
DEGENZE DI COMUNITÀ DI BASE (ivi comprese quelle pro-tempore area anziani, disabili, salute mentale/dipendenze)	<p>DGR n. 3681/2020</p> <p>Pazienti che richiedono</p> <ul style="list-style-type: none"> • necessità di assistenza residenziale non erogabile al domicilio (sono esclusi ricoveri di sollievo); • diagnosi già individuata; • <u>prognosi e impostazione terapeutica già definite;</u> • programma di trattamento già stilato e condiviso con il paziente e/o con la famiglia 	<p>Medico: 60 min/pz/5 gg alla settimana anche MMG (nei rimanenti giorni reperibilità medico struttura o medico Continuità assistenziale)</p> <p>Infermiera/OSS/ASA: 1260 min/pz/settimana (almeno 50% infermiera)</p>	3681/2020
DEGENZE DI SORVEGLIANZA	<p>DGR n. 3020/2020</p> <p>Pazienti <u>autosufficienti</u> con <u>sintomatologia respiratoria lieve</u> per infezione da COVID-19 che richiedano quarantena fiduciaria e <u>bassi bisogni clinico – assistenziali</u>.</p> <p>Attivazione da parte del MMG se a domicilio o da parte di PS a seguito di accessi diretti con sintomatologia non complicata</p> <p>5LITRI/MIN DI O2</p>	<p>Medico: 140 min/pz/settimana (ore diurne) può essere anche MMG/USCA, ecc. + reperibilità del medico struttura/PS/altro</p> <p>Sorveglianza sanitaria H 24 da parte di professionisti delle</p>	3529/2020

		professioni sanitarie e di personale di supporto (rapporto 1 +1)	
STRUTTURE RICETTIVE/ALBERGHIERE	DGR n. 3525/2020 Persone che non possono trascorrere l'isolamento o la quarantena presso il proprio domicilio per cause sociali/familiari/abitative purché autosufficienti e asintomatiche o con lieve sintomatologia.	È necessario un presidio di sorveglianza sanitaria di base, che non comporta la presenza continuativa medica o infermieristica.	-

PARTE TERZA – ATTEZIONI VERSO SETTING E SOTTOGRUPPI SPECIFICI DI POPOLAZIONE

Nella Parte Prima di questo documento sono state fornite alcune indicazioni generali, che integrano quelle già indicate dalle DGR 3524/2020, 3913/2020 e dai documenti ad interim del Ministero della Salute e dell'ISS. Va però sottolineato come il sistema sociosanitario sia composto da una complessa articolazione di UDO e servizi fra loro molto diversi, per dimensioni, obiettivi e struttura organizzativa, anche di accreditamento istituzionale. Se è già difficile trovare una sintesi fra linee di pensiero e indicazioni scientifiche per la gestione di una malattia nuova e ancora non del tutto compresa nella sua implicita complessità, è bene tener e anche conto della difficoltà di dettare indicazioni univoche applicabili in tutte le UDO del sistema. In particolare, gran parte dell'attenzione è stata posta negli ultimi mesi alle RSA, che sono una delle UDO più strutturate del sistema. Anche al loro interno, però, convivono sia articolazioni diverse (ad esempio: Nuclei Alzheimer, Nuclei specializzati per gli esiti delle gravi cerebro lesioni acquisite o per l'accoglienza di lungo periodo di persone con malattie neuromuscolari spesso end-stage) che popolazioni anche diverse da quelle più tipiche: disagio sociale grave, problemi psichiatrici residui, disabilità gravi e gravissime anche di età adulta o giovanile, dipendenze. Oltre alle RSA e alle RSD, vanno però ricordate – senza alcuna pretesa di esaustività – le tante strutture e modelli di presa in carico operanti sul territorio: CDI, CDD, CSS, ciclo diurno continuo, comunità TOX, CPA, STRM, riabilitazione dell'età evolutiva, minori con disabilità gravissime, e altro ancora. Si tratta di strutture che operano in regime residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, misto. Sono tutte fortemente collegate al proprio territorio, operando più spesso in rete, tutte fortemente orientate alla tutela della socialità, della qualità di vita e delle relazioni, dell'arricchimento del tempo, della valorizzazione delle autonomie residue. Non si tratta, quindi, di strutture orientate per natura e norma alla presa in carico di patologie acute, anche infettive. Già alcuni documenti nazionali e regionali hanno preso in carico la complessità di queste popolazioni. Al riguardo è possibile citare, a titolo esemplificativo e non esaustivo, i rapporti dell'ISS:

- “Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con disturbi dello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2” (Rapporto ISS COVID-19. N. 8/2020 Rev. 2. Versione del 28 ottobre 2020).
- “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali” Rapporto ISS COVID-19. N. 4/2020 Rev. 2. Versione del 24 agosto 2020.
- “Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19”. Rapporto ISS COVID 19. N. 6/2020. Versione del 23 ottobre 2020).

Oppure i documenti:

- “Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità sociosanitaria nel quadro dell'epidemia di COVID-19” (INMP/NIHMP, 2020)
- “High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion and monitoring in the EU/EEA, May 2020”. (ECDC Public Health Emergency Team, 2020)

In queste UDO, l'applicazione della gran parte delle indicazioni scientifiche o normative in tema di cura della COVID-19, deve tenere dovuto conto di alcune variabili:

- **dimensionali**: alcune UDO accolgono per definizione un piccolo numero di utenti e in strutture di dimensioni circoscritte, dove le normali regole di distanziamento sociale o di isolamento possono essere sostanzialmente impraticabili;
- **di caratteristiche degli ospiti**: persone con problemi di salute mentale, bambini con disturbi dello spettro autistico, persone con compromissione cognitiva o con dipendenze e disagio sociale grave possono tollerare male o rifiutare del tutto le regole del distanziamento sociale, dell'isolamento, dell'utilizzo dei DPI. Nel caso si rendesse necessario, in questi casi dovrebbe sempre essere attentamente valutato il rischio/beneficio di adottare misure di contenzione fisica o farmacologica;
- **di struttura delle équipe professionali**: queste a altre condizioni croniche devono essere affrontate con metodologia e cultura specifica, anche attraverso la mediazione di operatori con specifiche professionalità come psicologi, neuropsicologi, pedagogisti o educatori. Non ultimo, diverse UDO

dell'ampio mondo sociosanitario non prevedono la presenza di personale medico o infermieristico come standard di accreditamento, anche per eventuali figure con ruolo di responsabilità. Non si tratta in realtà di un limite, quanto di una specificità, che diventa più evidente quando, per diversi motivi, alcune persone con queste o altre caratteristiche, debbano essere ricoverate in un normale reparto ospedaliero dove potrebbero o sono gestite con difficoltà.

- **di complessità assistenziale o decisionale:** alcuni sottogruppi di ospiti esprimono una specifica complessità assistenziale. È possibile citare, ad esempio, le persone in stato vegetativo con malattie neuromuscolari, spesso in ventilazione e nutrizione artificiali e con gravi limiti di comunicazione o necessità di personale specificamente addestrato alla comunicazione assistita; oppure con una espressione dei sintomi clinici da COVID-19 resa più difficile dalla gravità del quadro neurologico o disautonomico. Oppure, le persone con demenza lieve-moderata ma specifici BPSD (wandering, affaccendamento) e suscettibilità al delirium, tipiche dei Nuclei Alzheimer. Anche questi residenti richiedono personale specificamente addestrato alle strategie comportamentali e agli interventi non farmacologici. O, ancora, i minori dei reparti di degenza per la riabilitazione dell'età evolutiva o con disabilità gravissime o dei servizi di neuropsichiatria infantile, che richiedono la compresenza di personale esperto e che non possono essere privati della relazione con i genitori o della possibilità di rientro periodico al domicilio. Ancora, infine, le persone in prossimità del termine naturale dell'esistenza o della fine vita in senso stretto, tipiche di alcuni sottogruppi di RSA o dei servizi di Cure Palliative; si tratta di persone che richiedono specifica attenzione alla qualità del morire, al controllo dei sintomi, alla condivisione delle scelte di cura e che possono, ad esempio, non tollerare fisicamente – per documentabile intrasportabilità o per inopportunità dello stesso – l'invio al ricovero ospedaliero.

Raccomandazioni per il supporto alle attività di cura e il loro adattamento verso i bisogni delle popolazioni con compromissione cognitiva, fragilità, disagio sociale, salute mentale, fine della vita e altre complessità bio-psico-sociali

1. Sembra opportuno dare priorità ai bisogni specifici delle persone, ricavabili dalle valutazioni cliniche, funzionali, riabilitative, biografiche, educative e sociali, piuttosto che al tipo di UDO o alla sola diagnosi di COVID-19. Questa priorità si traduce, secondo la competenza delle équipe di cura, in una applicazione ragionevole e proporzionata delle indicazioni generali di cura e protezione, ricercando soluzioni specifiche per garantire interventi sicuri e appropriati.
2. È necessario prestare una specifica attenzione alla riduzione o inibizione dell'accesso dei familiari e al rischio di deprivazione affettiva o impoverimento relazionale, secondo le indicazioni dei documenti di riferimento e la loro attualizzazione alla specifica realtà organizzativa. I POG sono un'utile occasione per documentare le attenzioni poste in essere nella specifica UDO e le motivazioni che le sostengono.
3. In ogni UDO va favorita l'informazione alle persone e alle famiglie, attraverso il regolare aggiornamento delle condizioni cliniche o dei cambiamenti organizzativi e la possibilità di contatto diretto - con videochiamata o altre soluzioni tecnologiche – fra i residenti e le persone appartenenti alla sfera dei loro affetti significativi. Entro i confini delle regole generali e specifiche dettate dai DPCM e dalle indicazioni del Ministero della Salute, le Direzioni sanitarie, laddove previste, o, in alternativa, i ruoli di responsabilità medica delle UDO sociosanitarie/Referente COVID, identificano i bisogni che possono permettere di autorizzare una visita in presenza, tenendo conto delle opportune misure di sicurezza. In particolare, si rimanda alle indicazioni della Circolare del Ministero della Salute *“Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali”*, che detta i principi che devono essere rispettati per garantire sia la sicurezza della struttura che il benessere relazionale e affettivo dei residenti. Sembra utile suggerire il coinvolgimento di gruppi di familiari, per condividere le soluzioni più utili per raggiungere questi obiettivi, nel rispetto delle necessità di sicurezza e protezione delle persone e delle strutture.
4. Va promossa l'attività fisica dei residenti e le uscite in cortili, giardini o aree esterne all'edificio (ove presenti) o va presa in considerazione l'opportunità di garantire la possibilità di uscite all'esterno della struttura secondo i progetti terapeutici riabilitativi individuali (cfr. Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020 Rev.

2 per maggiori 9 dettagli sulle modalità e sulle precauzioni relative alla fase di rientro dei residenti nella struttura).

5. Quando possibile, è opportuno definire uno o più momenti della giornata in cui le persone residenti possano esprimere il loro pensiero, le loro critiche e i loro desideri rispetto alla riorganizzazione emergenziale della residenza. Questi pareri potrebbero riguardare aspetti quali l'organizzazione della giornata, le opzioni per i pasti, le preferenze per le attività o la loro distribuzione, la frequenza delle relazioni con l'esterno o le uscite dalla struttura.
6. Qualora uno o più residenti dovessero essere sottoposti a isolamento/quarantena è importante prevedere una riorganizzazione delle attività che possa ridurre i rischi di scompenso psichico e comportamentale derivati dall'impossibilità di svolgere le usuali attività ed in particolare quelle all'aperto. In questa situazione è ancora più importante garantire il massimo coinvolgimento attivo delle persone con disturbi mentali e con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali nella programmazione e nella scelta delle diverse attività da svolgere nella residenza. Per le persone in isolamento o quarantena la struttura provvede a organizzare attività inclusive, d'ascolto, di compensazione affettiva ed emotiva, e anche attività pratiche di svago e tempo libero, per alleviare il rischio di solitudine e sofferenza emotiva dovuta alla lontananza dalla comunità. Quando possibile, è raccomandato, il loro attivo coinvolgimento nella pianificazione delle soluzioni di prevenzione che la struttura ha individuato, supportandoli nell'elaborazione emotiva e nella identificazione preventiva di modalità che possano rendere più accettabile un eventuale isolamento.
7. In base all'andamento locale della pandemia è appropriato prevedere la riattivazione, laddove possibile, dei percorsi di inclusione sociale nell'ambito delle diverse attività offerte dai servizi di comunità. Andranno quindi individuate azioni che da un lato possano ridurre il rischio di contagio ma, allo stesso tempo, possano anche garantire alla persona con disturbi mentali e con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali, un rapporto con il contesto di appartenenza e il prosieguo del Progetto di vita della Persona; previa adozione delle adeguate misure di prevenzione e azioni di sorveglianza sanitaria con una puntuale rilevazione dello stato di salute.
8. Definire specifiche sinergie in una logica di rete locale: queste strutture sono elettivamente territoriali. In molti casi il medico è il medico curante del residente e gli specialisti curanti sono quelli del territorio. Sembra utile che le soluzioni a problemi specifici nascano localmente, a partire dalla mappatura della presenza di queste tipologie di offerta in ogni territorio, dalla definizione di accordi locali nell'interazione ATS/ASST/enti gestori e altri attori del territorio.
9. Condividere la possibilità di sperimentazioni locali di soluzioni non abituali, per la gestione alternativa degli isolamenti, dei distanziamenti, delle separazioni, in una logica di attenta valutazione della relazione fra rischi e benefici sulla persona e sulla comunità. Alcuni modelli sono già stati sperimentati (camere confort, stanze degli abbracci, spazi gioco protetti per i bambini) e sembra opportuno condividere le condizioni utili a favorire una loro maggiore diffusione. In questo ambito sembra utile favorire accordi di rete fra gestori attinenti alla stessa tipologia di UDO o di competenza professionale, ad esempio attraverso l'identificazione di comunità o UDO equivalenti specializzabili per la presa in carico dei residenti COVID attinenti la propria area di specificità. Oppure la configurazione di un modello analogo a quello HUB/SPOKE della rete ospedaliera, nelle macro-aree più esposte (salute mentale, minori, dipendenze, disagio sociale grave), che coinvolgano con protocolli locali ASST, enti gestori pubblici e privati e Comuni.
10. Proseguire la presenza di supporto delle équipes di ATS con le rispettive articolazioni organizzative del Dipartimento di Prevenzione e di Vigilanza sociosanitaria: in questo scenario sembra poter esprimersi in modo specifico il ruolo delle ATS, con funzioni di osservazione e di audit, per la condivisione di percorsi di identificazione locali di soluzioni di accompagnamento delle UDO, che possano tenere conto delle specificità piuttosto che delle sole indicazioni generali.

Nel sub allegato 4 si riportano a titolo di esempio, alcune proposte specifiche per l'area Salute Mentale e Dipendenze, che possono trovare applicazione anche in UDO per disabili, disabili intellettivi o altri sottogruppi con elettiva priorità educativa o sociale della presa in carico.

SUB ALLEGATI

SUB ALLEGATO 1 – ISTRUZIONI PER L'UTILIZZO DELLA NEWS2

La NEWS appartiene alla famiglia degli Early Warning Score (EWS). Inizialmente proposta dal Royal College of Physicians come NEWS nel 2012 è stata poi aggiornata (NEWS2) nel 2017. Nelle intenzioni dei proponenti la NEWS2 rappresenta solo un ausilio per la valutazione clinica. Integra quindi, ma non sostituisce il competente giudizio professionale. Come gli altri EWS, anche la NEWS2 favorisce la registrazione e visibilità aggregata di parametri altrimenti potenzialmente distribuiti nelle registrazioni di diversi professionisti coinvolti. Nel caso specifico di questo documento, la proposta è anche orientata a diffondere l'abitudine alla rilevazione di parametri, come la frequenza respiratoria, non sempre di uso comune nelle strutture socio-sanitarie. In questi scenari, la NEWS2 può essere utilizzata per:

- stimare la gravità/instabilità dell'episodio acuto di malattia;
- registrare la sua evoluzione migliorativa o peggiorativa;
- orientare per livelli di intensità e urgenza la risposta clinica:
 - standardizzare le modalità di osservazione;
 - aumentare o ridurre la frequenza del monitoraggio iniziale e successivo (ogni 12 ore, ogni 6 ore, ogni 4 ore, ogni ora. Se disponibile, valutare l'opportunità di un monitoraggio strumentale);
 - guidare la richiesta di consultazione o attivazione del medico di guardia, del medico curante, dello specialista di riferimento (quando disponibili, ad esempio, cardiologo, pneumologo, internista, geriatra o infettivologo);
 - attivare i servizi di urgenza/emergenza (112/118) per l'invio in PS;
 - comunicare ai servizi ospedalieri di destinazione del paziente il livello di gravità e di instabilità dell'episodio di malattia che si propone alla valutazione.

Come indicato dal Royal College, la NEWS2 non dovrebbe essere utilizzata nei bambini e nei ragazzi (età inferiore ai 16 anni) o nelle donne in gravidanza, per la diversa risposta fisiologica in caso di evento acuto di malattia. Va inoltre utilizzata con cautela nelle persone con esiti di traumi spinali (tetraplegia o paraplegia), in presenza di alterazioni della funzionalità del sistema nervoso autonomo.

Parametri fisiologici	Punteggio						
	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria (minuto)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO2 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Aria o ossigeno?		Ossigeno		Aria			
Pressione arteriosa sistolica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Frequenza cardiaca (minuto)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Livello di coscienza				Vigile			Alterato (CVPU)
Temperatura (°C)	≤ 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	≥ 39.1	

Istruzioni per la compilazione

1. Lo strumento è organizzato per righe, colonne e codici colore
2. Righe: descrivono il valore dei singoli parametri
3. Colonne: indicano il punteggio da attribuire al parametro registrato nella riga (0 se normale o di basso livello di criticità; 1, 2 o 3 se si scosta in difetto o in eccesso dal livello di normalità o di basso livello di criticità);
4. Codici colore:
 - a. Bianco: normalità o stabilità
 - b. Giallo: instabilità di grado lieve
 - c. Arancione chiaro: instabilità di grado moderato
 - d. Arancione scuro o Rosso: instabilità di grado severo o critico
5. Il rilevatore, quindi, misurerà sul residente i parametri richiesti e attribuirà il punteggio per riga, sommando poi i risultati. Lo score complessivo può andare da 0 a 7 o più (potenzialmente fino a 42).
6. Lo score finale permette di attribuire il livello di rischio:
 - a. 0-4: rischio basso
 - b. 5-6: rischio medio
 - c. 7 o più: rischio alto
 - d. Un singolo parametro pari a 3: possibile rischio elevato, meritevole di decisione clinica urgente
7. Il livello di rischio è collegato a indicazioni standard di comportamento, che possono essere poi interpretate dai medici e professionisti per la necessaria personalizzazione delle decisioni cliniche rispetto alla specificità del singolo caso o della attualizzazione alla realtà organizzativa e di accreditamento della propria struttura.
8. Il giudizio clinico specifico dei professionisti può e deve superare le sole indicazioni della NEWS2, che rappresenta solo una guida di orientamento o una traccia temporale dell'andamento clinico.
9. In situazioni specifiche, ad esempio di fine vita già preesistenti, i clinici possono decidere se sospendere o mantenere, in tutto o in parte, la registrazione dei parametri se questa è inutile o rappresenta motivo di disagio per il paziente. Anche la classificazione per livelli di rischio può diventare influente, a meno che da prendere in considerazione per l'eventuale inizio di una sedazione palliativa, in accordo con le raccomandazioni delle linee guida di riferimento, delle indicazioni di buona pratica o delle procedure locali. Queste decisioni devono essere discusse con il paziente, se in grado di comprendere, e con i familiari o rappresentanti legali e registrate compiutamente nel FASAS.

Parametri e variabili fisiologiche da misurare e alcune attenzioni specifiche

1. Saturazione pulsossimetrica (Scala 1): guida l'attribuzione del livello di rischio e le decisioni in tema di ossigenoterapia, per i COVID moderati o in eventuale attesa dell'arrivo dell'équipe del 112 per l'invio in PS. Per gli scopi di questo documento di indirizzo, la trattazione è limitata agli interventi utili a sostenere i pazienti senza impegno respiratorio o con impegno respiratorio moderato, nella fase di iniziale osservazione o in attesa delle successive decisioni cliniche. Oppure, nelle emergenze più gravi, nella fase di attesa dell'intervento del 112-118.
2. Saturazione pulsossimetrica (Scala 2): in questo documento viene descritta a parte. Serve come guida per le decisioni di cura nei pazienti a rischio di ipercapnia. L'utilizzo della Scala 2, invece che della Scala 1, dovrebbe essere scelta da uno specialista pneumologo o con la sua consulenza e va documentata nel FASAS. Può richiedere, per essere adottata e per il monitoraggio adeguato del degente la disponibilità dell'emogasanalisi. Viene comunque descritta come spunto per l'attenzione ai pazienti a rischio di ipercapnia, comunque frequenti anche nelle strutture socio-sanitarie.
3. Aria o ossigeno: va attribuito il punteggio 2 ogni qualvolta sia necessaria la somministrazione di ossigeno, indipendentemente dalla fonte, dal tipo di presidio e da Flussi e FiO2 necessarie.
4. Pressione arteriosa sistolica: si intende la pressione al braccio, meglio se dal lato dove questa sia più elevata. Lo score non comprende la registrazione della diastolica o della PAO media.
5. Frequenza cardiaca: si intende la frequenza cardiaca comunque raccolta (periferica, centrale, dal saturimetro o dall'ECG o Monitor). Oppure, quella che si ritiene clinicamente più affidabile nel paziente.

6. Coscienza: viene consigliata la registrazione di qualunque situazione di cambiamento, che include la nuova comparsa di disorientamento, delirium o di ogni riduzione acuta della vigilanza. In questo senso, si registra come “Vigile” (punteggio 0 allo score) qualunque condizione neurologica che coincida con quella preesistente e come 3 ogni cambiamento acuto. Nei casi dubbi, viene suggerito di registrare 3 piuttosto che 0, fino a chiarificazione dell’incertezza. I livelli proposti dal Royal College of Pshysician sono comunque, in italiano (in inglese è proposto l’acronimo ACVPU: Alert, Confusion, Voice, Pain, Unresponsive):
- Vigile
 - Confusione di recente insorgenza
 - Risponde ai soli stimoli verbali
 - Risponde solo allo stimolo doloroso.
 - Non risponde
7. Viene raccomandato di sospettare la concomitanza di una sepsi, quando lo score NEWS2 sia pari a 5 o più, se la persona ha una infezione nota, mostri segni o sintomi di infezione o sia ad alto rischio di infezione.

NEWS2. Misura e pesatura alternativa della SpO2 (Scala 2)

Parametri fisiologici	Punteggio						
	3	2	1	0	1	2	3
SpO2 (%) (Scala 2)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 in ossigeno o ≥ 93 in aria ambiente	93-94 in ossigeno	95-96 in ossigeno	≥ 97 in ossigeno

La NEWS2 propone una scala alternativa per misura e la stima dei risultati, per i pazienti a rischio di ipercapnia (ad esempio, con anamnesi di malattia respiratoria cronica o di precedenti episodi di ipercapnia, oppure sulla scorta dei risultati delle emogasanalisi). L’utilizzo di questa linea di valutazione alternativa e dell’utilizzo della Scala 2 dovrebbe essere assunto con il contributo di uno specialista pneumologo e guidata dal monitoraggio dei valori delle emogasanalisi. Non è quindi appropriata per la gran parte delle strutture sociosanitarie; è quindi stata quindi esclusa dal formato NEWS2 proposto in questo documento di indirizzo. La scala 2 può essere utilizzata per la valutazione critica dell’opportunità di utilizzare l’ossigenoterapia e misurarne l’efficacia o la pericolosità, dalle strutture che abbiano una adeguata organizzazione clinica e dotazione strumentale.

Per tutte le altre strutture, in particolare RSA o RSD con possibilità di garantire una ossigenoterapia, è comunque utile ricordare ai clinici e al personale infermieristico, che la presenza di malattie respiratorie croniche impone una specifica attenzione all’interpretazione sia dei risultati della pulsossimetria che agli obiettivi e monitoraggio dell’ossigenoterapia. Ad esempio, sono da considerare a rischio di ipercapnia (British Thoracic Society, 2017), i pazienti con:

- Diagnosi di BPCO di grado moderato o severo, soprattutto se con precedenti episodi di insufficienza respiratoria o già con indicazione a ossigenoterapia di lungo-periodo
- Malattie gravi della parete toracica o spinali (ad esempio, grave cifoscoliosi)
- Malattie neuromuscolari
- Obesità grave
- Fibrosi cistica
- Bronchiectasie

Da valutare anche con cautela le situazioni di overdose da narcotici o altri principi attivi che possono compromettere la normale meccanica respiratoria.

In questi pazienti, in estrema sintesi, l'interpretazione della saturimetria richiede attenzione, perché i livelli di normalità o stabilità clinica possono essere più bassi di quelli abituali (ad es. 88-92%), in genere compatibili con quelli già noti alla struttura se il residente è in carico da un tempo significativo. In ugual modo i target di riferimento possono già essere stati indicati dai centri specialistici di riferimento per il singolo degente. L'ossigeno-terapia, in questi pazienti, va prescritta con cautela e con i presidi adeguati (sub allegato 2). La saturazione target non è 94-98% ma 88-92%; una somministrazione inappropriata di ossigeno e l'utilizzo di flussi elevati, potrebbero favorire la comparsa di ipercapnia o peggiorarne l'evoluzione. È preferibile che l'ossigeno venga somministrato utilizzando una maschera Venturi tarata a 24-28%, se disponibile, con flussi non superiori a 1-2 l/minuto, riducendo o sospendendo la somministrazione se la saturazione supera i livelli programmati. In assenza di emogasanalisi, i segni clinici dell'ipercapnia sono:

- Sonnolenza
- Cefalea
- Arrossamento del volto
- Tremori

SUB ALLEGATO 2 – INDICAZIONI SINTETICHE SULLA TERAPIA FARMACOLOGICA NEL PAZIENTE COVID-19

Non esistono ancora, allo stato attuale, principi attivi di sicura efficacia nella COVID-19, sia nella popolazione generale che ancora più in sottogruppi di popolazione specifici. Di seguito, si riassumono quindi alcune delle indicazioni o raccomandazioni più recenti per l'utilizzo o il non utilizzo dei principi attivi che sono comunque stati oggetto di sperimentazioni controllate o di utilizzo empirico nel corso della prima ondata, rianalizzati alla luce delle evidenze più recenti. Sono inoltre richiamate le indicazioni di utilizzo dei principi attivi, ad esempio sintomatici, già di uso comune o suggerito. Si sottolinea come l'utilizzo delle diverse terapie farmacologiche, piuttosto che l'assenza d'impiego delle stesse, dipenda dalla severità delle manifestazioni cliniche presentate dai malati. In generale si raccomanda di attenersi alle linee di indirizzo AIFA. Le raccomandazioni fornite si basano anche sulle Schede Informative AIFA che sono aggiornate in relazione alla rapida evoluzione delle evidenze scientifiche. Pertanto, si consiglia la regolare consultazione di quanto riportato nella sezione del sito AIFA "Farmaci utilizzabili per il trattamento della malattia COVID-19" al link <https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>.

Per eventuali approfondimenti e aggiornamenti, si segnalano in particolare le sezioni:

1. Principi di gestione dei casi COVID-19 nel setting domiciliare:
https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/SOC_territoriale_09.12.2020.pdf/0f4896f4-1eac-32e2-bc26-5f5d279492b4
2. Trattamenti utilizzabili nei pazienti COVID-19 nel setting ospedaliero:
https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1269602/SOC_ospedaliera_09.12.2020.pdf/021a4ffe-7a80-32ed-ee9c-65a383ff1b47

Antipiretici

- Il paracetamolo resta il farmaco di prima scelta. Negli adulti il dosaggio massimo da non superare è di 4 grammi al giorno; quello da non superare per singola dose è di 1000 mg per singola dose). Negli anziani o nelle persone con dipendenze da alcool o malattie epatiche è preferibile non superare i 3 gr al giorno, oppure secondo la specifica esperienza clinica dei curanti. Può essere utilizzato come terapia continuativa anche come terapia antidolorifica di base
- L'alternativa, in assenza di controindicazioni specifiche di natura gastroenterologica, cardiologica o nefrologica, può essere l'ibuprofene (300-600 mg ogni 6-8 ore, fino a un massimo di 1800 mg/die, per un massimo di 5 giorni)

Paracetamolo e ibuprofene rappresentano la principale terapia sintomatica di supporto nella COVID-19, che deve essere sempre accompagnata da una adeguata e appropriata attenzione all'idratazione e alla nutrizione. In merito all'approvvigionamento di paracetamolo si consiglia di effettuare scorte idonee a coprire il fabbisogno di circa due mesi per lo specifico farmaco, in quantità proporzionata al numero di ospiti.

Corticosteroidi

- Non raccomandati per pazienti asintomatici o con sintomi lievi
- Non va utilizzato nei pazienti che non richiedano ossigenoterapia
- Fortemente raccomandati per pazienti con ossigenoterapia o ventilazione meccanica
- Nei pazienti con COVID moderato con necessità di ossigenoterapia può essere avviato il trattamento con desametasone (6 mg die per 10 giorni), per os o in formulazione iniettabile. Per la sua emivita, può essere somministrato una sola volta al giorno. Da preferire anche per la sua ridotta interferenza con l'equilibrio sodico e il volume idrico. Per trattamenti di breve durata di condizioni acute non è indicata una riduzione graduale successiva della posologia
- In alternativa, possono essere utilizzati a dosi equivalenti prednisone (40 mg/die frazionati in una o due somministrazioni al giorno), metilprednisolone (32 mg/die, frazionati in una o due somministrazioni al giorno) o idrocortisone (160 mg/die, frazionati in 2 o 4 somministrazioni al giorno).

I corticosteroidi sono raccomandati nei soggetti con malattia COVID-19 grave che necessitano di supplementazione di ossigeno. L'impiego di tali farmaci può essere considerato solo in quei pazienti il cui quadro clinico non migliora entro le 72 ore, in presenza di un peggioramento dei parametri pulsossimetrici che richieda l'ossigenoterapia.

Eparina a basso peso molecolare

- Enoxaparina. Oppure Fondaparinux nei pazienti con anamnesi di trombocitopenia indotta da enoxaparina
- Utilizzo soprattutto nei pazienti a rischio preesistente di tromboembolia venosa e con condizioni di rischio attuali (allettamento, persistente posizionamento in posizione seduta obbligatoria)
- La dose ottimale non è identificata, è suggerito iniziare e mantenere un dosaggio profilattico pari a 4000 UI die per enoxaparina
- Pazienti già in terapia anticoagulante proseguiranno con essa, mentre per le persone in terapia antiaggregante per preesistenti indicazioni cliniche, dovrebbero continuare questa terapia anche in presenza di COVID 19. L'eventuale sostituzione o associazione con eparina a basso peso molecolare va quindi definita in base a una attenta valutazione clinica.

Per il ricorso alle eparine a basso peso molecolare è consigliabile la valutazione da parte dello specialista in quanto l'utilizzo a dosi intermedie/terapeutiche può essere considerato nei casi gravi di Covid-19, valutando il rapporto fra benefici e rischi nel singolo paziente. Si rammenta la presenza in commercio di specialità biosimilari di enoxaparina utili sia per il contenimento dei costi sia per sopperire a eventuali carenze della specialità originaria.

Antibiotici

- Indicata solo nelle situazioni di sospetta o accertata infezione batterica
- Trattamento empirico o mirato secondo le normali buone pratiche cliniche
- L'Azitromicina era stata proposta come trattamento della COVID-19 a motivo di alcune sue proprietà immunomodulanti. La ricerca non ha permesso di confermare ad oggi benefici sostenuti da adeguate prove di efficacia. Il suo utilizzo rientra quindi nelle normali indicazioni attuali dei macrolidi
- Chinolonici: da utilizzare con specifica cautela nelle persone con compromissione cognitiva e demenza, per la possibilità di indurre il peggioramento di disturbi del comportamento e di delirium. Sempre nei più anziani, ma anche nelle persone di tutte le età con preesistenti patologie neurologiche (ad es. minori con disabilità intellettiva, esiti di gravi lesioni cerebrali), possono inoltre ridurre la soglia epilettica. Questo ancora di più in persone già note per precedente comizialità o in terapia farmacologica continuativa antiepilettica.

L'eventuale uso delle terapie antibiotiche è da riservare alla presenza di sintomatologia febbrile persistente per oltre 72 ore o ogni qualvolta vi sia il sospetto di una sovrapposizione batterica, oppure quando l'infezione batterica è dimostrata da un esame microbiologico. Si ricorda il rispetto delle posologie e delle giornate di terapia raccomandate.

Ossigenoterapia e altre pratiche respiratorie

- Indicata per i pazienti con COVID da moderato a severo/critico (sub allegato 2).
- Prestare attenzione alle modalità di utilizzo. Le maschere aperte con ossigeno umidificato disperdono aerosol e amplificano il rischio di trasmissione a altri degenti e operatori
- Il target ottimale per le strutture dell'area socio-sanitaria è quello del mantenimento di una SpO₂ superiore o uguale a 94%; il target diventa di 88-92% nei pazienti a rischio di ipercapnia (sub allegato 1)
- Va considerato il rischio di dispersione del virus durante la somministrazione di ossigeno (sub allegato 1)
- Nel caso di utilizzo di ossigenoterapia non è consigliabile l'utilizzo di umidificatori

- Nel caso, applicare una mascherina chirurgica sulle cannule nasali o sondino nasale, se tollerata
- In caso di necessità di aspirazione tracheo-bronchiale è preferibile utilizzare sistemi a circuito chiuso
- In presenza di insufficienza respiratoria acuta in attesa dell'intervento del 112/118, utilizzare ossigeno ad alto flusso con maschera con reservoir (gonfiare inizialmente il palloncino con alti flussi, e mantenere poi flussi di 10-15 l/minuto).

Altri principi attivi:

- Idrossiclorochina: non raccomandata né nei degenti ospedalieri COVID-19 né nei pazienti domiciliari con COVID-19 di bassa gravità o nelle fasi iniziali della malattia. Una eventuale prescrizione su singoli si configura quindi come off-label. Eventuali studi clinici controllati possono essere autorizzabili solo nel setting domiciliare. (aggiornamento del 22/12/2020) (https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/idrossiclorochina+update05_22.12.2020.pdf/0d004070-a3e1-9aaa-7a0c-d30504fe19b8)
- Cloroquina: per analogia, vedi Idrossiclorochina
- Darunavir/Cobicistat: l'AIFA ha sospeso dal 17/7/2020 l'autorizzazione all'utilizzo off-label del farmaco al di fuori di studi clinici. Il suo utilizzo può quindi essere considerato solo su pazienti inclusi in studi clinici. (https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/darunavir_cobicistat_17.07.2020.pdf/6e34d1cf-9d14-4e01-8229-6467de2da082)
- Lopinavir/Ritonavir: l'AIFA ha sospeso dal 17/7/2020 l'autorizzazione all'utilizzo off-label del farmaco al di fuori di studi clinici. Il suo utilizzo può quindi essere considerato solo su pazienti inclusi in studi clinici. (https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/lopinavir_ritonavir_17.07.2020.pdf/ab9e07d8-585b-6eda-0007-a8f3d1e175c4)
- Tocilizumab: studio chiuso anticipatamente per assenza di benefici dimostrabili
- Remdesivir: solo per indicazioni autorizzate, fornitura AIFA sottoposta a registro di monitoraggio.
- Vitamina C: non esistono dati sufficienti a raccomandarne l'utilizzo. Alte dosi di vitamina C circolanti possono interferire con i risultati dei glucometri
- Vitamina D: in fase di valutazione
- Integrazione con zinco: non raccomandata
- ACE-inibitori: vanno continuati se indicazioni preesistenti appropriate per le normali indicazioni cliniche. Non hanno un ruolo nella COVID-19.
- Statine: vanno continuate se indicazioni preesistenti appropriate per le normali indicazioni cliniche. Non hanno un ruolo nella COVID-19. Da preferire molecole idrofile che non superino la barriera ematoencefalica, quali pravastatina e rosuvastatina.

L'efficacia di idrossiclorochina e cloroquina non è stata confermata a fronte di un dimostrato aumento di eventi avversi tra cui il prolungamento dell'intervallo QT nei pazienti con specifici fattori di rischio o in terapia con altri agenti che prolungano l'intervallo QT (es. azitromicina). Vi è evidenza di interazioni farmacologiche anche con digossina, ipoglicemizzanti, antiepilettici e ciclosporina.

SUB ALLEGATO 3 – CENNI SULLE INDICAZIONI PER L'UTILIZZO DELL'OSSIGENOTERAPIA E SULLE MODALITÀ PIÙ IDONEE PER LA SUA SOMMINISTRAZIONE

Anche nei degenti non a rischio, la somministrazione di ossigeno va utilizzata con attenzione e secondo modalità di somministrazione e governo dei flussi gradualmente e controllati. Ad esempio, in crescendo:

- Cannula nasale, partendo da 1 l/minuto, e salendo a 2 e 4 l/minuto
- Cannula nasale o maschera facciale: da 5-6 l/minuto a 7-10 l/minuto
- Maschera Venturi 24% a 2-3 l/minuto, salendo poi a 28% e 4-6 l/minuto, 35% a 8-12 l/minuto, 40% a 10-15 l/minuto, 60% a 12-15 l/minuto
- Maschera con reservoir (il serbatoio va ben gonfiato con ossigeno prima di iniziare la somministrazione) sempre a flussi elevati: 10-15 l/minuto. Si ricorda che per questo dispositivo, la quantità di ossigeno che il paziente assume è quella presente nel reservoir, per cui non è necessario aumentare il flusso oltre questi livelli.

L'ossigenoterapia:

- È un trattamento dell'ipossia, non della sensazione soggettiva di mancanza di respiro o genericamente della dispnea o tachipnea.
- La somministrazione di ossigeno può migliorare l'ossigenazione, ma non ha effetto sulle cause sottostanti dell'ipossia.
- L'obiettivo nei pazienti non a rischio di ipercapnia è quello di raggiungere e mantenere i livelli target di saturazione (94% o più)
- Se la saturazione di esordio della sintomatologia clinica, in situazione di acuzie, è inferiore a 85%, nei pazienti non a rischio di ipercapnia il trattamento – in attesa dell'arrivo del 112 – andrebbe iniziato con maschera con reservoir e alti flussi (10-15 l/minuto), cercando di raggiungere una saturazione di 94-98%. Questo, anche se il paziente era già in trattamento con una cannula nasale o una maschera facciale
- In tutte le altre situazioni con iniziale impegno respiratorio (COVID moderato), l'ossigenoterapia può essere somministrata con cannula nasale, maschera facciale o maschera Venturi, graduando i flussi come indicato in precedenza.
- Quando si registrano nella documentazione clinica i valori della saturimetria, dovrebbe sempre essere associata l'informazione della eventuale presenza di ossigenoterapia, della tipologia di presidio utilizzato e del flusso di ossigeno in l/minuti. L'utilizzo della maschera Venturi permette di ricavare con maggior precisione la FiO₂ in corso.
- Queste informazioni sono importanti in senso clinico e documentativo, ma anche nel dialogo con la centrale operativa del 112/118 e per il triage in Pronto Soccorso in fase di prima accoglienza dopo l'invio.

Regole base per l'ossigenoterapia

Nella somministrazione di ossigeno è bene ricordare che esistono due variabili di cui tenere conto:

- Flusso di ossigeno: espresso in litri minuto
- FiO₂ (Frazione inspirata di Ossigeno): indica, in termini di percentuale, l'effettiva percentuale di ossigeno inspirata dal paziente. È un numero compreso fra 0 e 1 o come percentuale. In aria ambiente è di 0,21 o 21%. Questo valore è poco influenzato dall'altitudine (livello del mare o alta montagna) che influenza invece la pressione atmosferica e la pressione parziale di ossigeno all'interno della miscela di gas. Al ridursi della pressione atmosferica e della pressione parziale di ossigeno negli alveoli, sarà influenzata negativamente la quantità di ossigeno che potrà raggiungere il circolo ematico.

Questa differenziazione va compresa, perché può non essere sufficiente modificare il solo Flusso di ossigeno per correggere l'ipossia, richiedendo nei casi più gravi il ricorso alla ventilazione non invasiva o invasiva. Stimare la FiO₂ dell'aria respirata dalla persona è quindi utile, per governare e comprendere la risposta clinica del paziente e orientare le decisioni successive.

Stima della FiO2 nelle diverse modalità di ossigenoterapia

Aria ambiente	FiO2 21%
Cannula nasale (occhialini)	un flusso di 1 l/min corrisponde a una FiO2 all'incirca del 24%. Ogni litro supplementare aggiunge circa il 4% (24-28-32% e così via)
Sondino nasale	permette di far arrivare il flusso di ossigeno nel rinofaringe e può essere utile nei pazienti più anziani e in quelli che tendono a respirare solo con la bocca. Stima della FiO2 come per gli occhialini.
Maschera faciale	oggi sconsigliata. Ostacola la comunicazione, la nutrizione e l'idratazione. Inoltre, non permette di stimare la FiO2 e può favorire la ritenzione di anidride carbonica per il fenomeno del rebreathing. Nel caso, è bene utilizzarla solo per flussi superiori a 10 l/min
Oxymask (maschera aperta, una sorta di telaio che sostiene l'erogatore)	essendo aperta riduce il rischio del rebreathing ma non permette la stima della FiO2
Maschera Venturi	da privilegiare, soprattutto nei pazienti con BPCO o a rischi di ipercapnia. Permette di stimare immediatamente la FiO2, che dipende dalla valvola utilizzata (24%, 28%, 35%, 40%, 60%). Il flusso di ossigeno va adattato alla FiO2, come indicato in precedenza. In altri termini, se si vuole aumentare l'ossigenazione, vanno cambiati parallelamente sia la valvola Venturi che il flusso.
Maschera con reservoir	necessaria nelle fasi più acute di una emergenza respiratoria. Se il serbatoio è stato riempito correttamente e la maschera è ben indossata, la FiO2 stimabile è intorno al 90%. Richiede necessariamente flussi elevati (10-15 l/minuto), che devono garantire il riempimento del serbatoio. A flussi più bassi cresce il pericolo di ipercapnia, perché il flusso può non essere adeguato a garantire il ricambio di aria nel serbatoio. Flussi più elevati sono invece inutili; la persona respira dal serbatoio e non dalla fonte di ossigeno.

Scelta della tipologia di presidio per l'ossigenoterapia

Flusso	Litri/minuto	Presidio consigliabile
Basso	0,5-4 l/minuto	occhialini, sonda nasale, Oxymask, Venturi 24%
Medio	4-8 l/minuto	occhialini, sonda nasale, Venturi 28% e più; maschera faciale
Alto	9-15 l/minuto	maschera con reservoir, Venturi 35% e più, cannule nasali high flow

Nel monitoraggio dell'ossigenoterapia, la richiesta di intervento specialistico o di ricovero diventa più rilevante se cresce il fabbisogno di ossigeno e se si modifica negativamente lo score NEWS2. In particolare, vanno considerati come segni di peggioramento della situazione respiratoria:

- aumento della frequenza respiratoria (soprattutto oltre i 30 atti/minuto)
- aumento della dose di ossigeno necessaria
- elevazione dello score NEWS2

Rischio di trasmissione durante somministrazione di ossigeno o l'utilizzo della ventilazione non invasiva

Durante la somministrazione di ossigeno nei pazienti COVID-19, è bene tenere in considerazione il rischio di dispersione del virus nell'ambiente. La tabella che segue descrive la distanza massima di dispersione nelle differenti modalità di somministrazione di ossigeno e di ventilazione artificiale non invasiva.

TABLE 1 Maximum exhaled air dispersion distance *via* different oxygen administration and ventilatory support strategies

Method	Maximum exhaled air dispersion distance
Oxygen <i>via</i> nasal cannula 5 L·min ⁻¹	100 cm
Oxygen <i>via</i> oronasal mask 4 L·min ⁻¹	40 cm
Oxygen <i>via</i> Venturi mask F _{IO₂} 40%	33 cm
Oxygen <i>via</i> non-rebreathing mask 12 L·min ⁻¹	<10 cm
CPAP <i>via</i> oronasal mask 20 cmH ₂ O	Negligible air dispersion
CPAP <i>via</i> nasal pillows	33 cm
HFNC 60 L·min ⁻¹	17 cm (62 cm sideways leakage if not tightly fixed)
NIV <i>via</i> full face mask: IPAP 18 cmH ₂ O, EPAP 5 cmH ₂ O	92 cm
NIV <i>via</i> helmet without tight air cushion: IPAP 20 cmH ₂ O, EPAP 10 cmH ₂ O	27 cm
NIV <i>via</i> helmet with tight air cushion: IPAP 20 cmH ₂ O, EPAP 10 cmH ₂ O	Negligible air dispersion

*F*_{IO₂}: inspiratory oxygen fraction; CPAP: continuous positive airway pressure; HFNC: high-flow nasal cannula; NIV: noninvasive ventilation; IPAP: inspiratory positive airway pressure; EPAP: expiratory positive airway pressure.

Fonte: Ferioli M. *Eur Respir Rev* 2020, 29

Rischio di trasmissione durante aerosolterapia

La nebulizzazione di farmaci mediante nebulizzatore (pneumatico o a ultrasuoni), può causare dispersione laterale di aria espirata. La distanza aumenta con l'incremento del danno polmonare. La distanza di dispersione calcolata è:

- 45 cm in condizioni polmonari normali (consumo di ossigeno di 200ml/min; compliance polmonare di 70ml/cm H₂O)
- 54 cm in presenza di danno polmonare moderato (consumo di ossigeno di 300 ml/min; compliance polmonare di 35ml/cmH₂O);
- Oltre 80 cm in presenza di danno polmonare severo (consumo di ossigeno di 500 ml/min; compliance polmonare di 10 ml/cmH₂O);

L'opportunità di proseguire o iniziare una terapia con farmaci somministrati con aereosol, quando indicati per le patologie specifiche sottostanti, va quindi considerata con attenzione.

Fonte: Hui DS et al. *Hong Kong Med J* 2014

SUB ALLEGATO 4 - INDICAZIONI SPECIFICHE PER L'AREA SALUTE MENTALE E DIPENDENZE

1. PIANO ORGANIZZATIVO GESTIONALE

Il Piano Organizzativo-gestionale di ogni UDO è il documento fondamentale per coniugare la massima sicurezza possibile di pazienti e operatori con il maggior grado di libertà operativa nel contesto delle Strutture Residenziali della Salute Mentale e Dipendenze, anche in considerazione della peculiarità dell'utenza di queste Strutture. Per le indicazioni di isolamento/quarantena si richiama quanto previsto dalla circolare del Ministero della Salute N° 0032850-12/10/2020-DGPRES-DGPRES-P. Per i casi positivi a lungo termine, sia di ospiti/pazienti sia di operatori, in considerazione dell'utenza target, il cui stato immunitario potrebbe prolungare il periodo di contagiosità, e del particolare contesto comunitario delle UDO della Rete Territoriale, precauzionalmente, si ritiene necessario concludere l'isolamento solo dopo tampone molecolare negativo.

2. REGOLAMENTAZIONE DEGLI INGRESSI E REINGRESSI DEGLI UTENTI

Per la regolamentazione degli ingressi e reingressi degli utenti, rispetto a quanto previsto dalla DGR 3913/2020 in termini di indicazioni generali, si specifica che:

- la valutazione clinico-anamnestica volta ad individuare segni e sintomi di COVID-19 e ad escludere l'esposizione a casi positivi o sospetti per COVID-19, si riferisce ai 10 giorni precedenti
- tampone molecolare naso-faringeo basale/di pre-ingresso negativo. Il tampone molecolare dovrà essere ripetuto dopo 10 giorni di isolamento. L'isolamento potrà essere trascorso presso la UDO. stessa solo se quest'ultima ha adottato le necessarie misure organizzativo-logistiche, idonee a garantire adeguato isolamento fra gli ospiti. La quarantena verrà conclusa se il secondo tampone dopo 10 giorni è risultato ancora negativo
- per utenti che devono essere inseriti in Strutture afferenti all'area della Salute Mentale e delle Dipendenze, la Struttura accettante prende contatto con i Servizi invianti (CPS, UONPIA/NPIA, SER.D/SMI) per integrare le necessarie informazioni clinico-anamnestiche e per l'organizzazione dell'esecuzione del tampone nasofaringeo del paziente in ingresso.
- è necessario disporre di un tampone molecolare negativo anche in caso di nuovo ingresso o di reingresso in una U.d.O. di un ospite/paziente proveniente da ricovero ospedaliero o da altra struttura.

Alcuni passaggi possono presentare specifiche criticità, in particolare:

- l'anamnesi volta ad escludere eventuale sintomatologia correlabile a COVID – 19 e/o contatti
- con persone potenzialmente infette nei 10 gg precedenti: trattandosi di persone giovani e fisicamente in buona salute, i contatti possono risultare molto numerosi e non limitati alla ristretta cerchia familiare ed è di conseguenza difficile una ricostruzione attendibile
- l'isolamento domiciliare: può risultare non affidabile per le caratteristiche del paziente, dei suoi familiari o anche per la possibilità che il soggetto non abbia domicilio stabile.

In tali situazioni la Struttura può quindi prevedere, fermo restando il tampone nasofaringeo negativo all'ingresso, e dettagliandone modalità e procedure nel Piano Organizzativo Gestionale, le seguenti ipotesi:

- effettuare l'isolamento presso la stessa Comunità: organizzando logisticamente la permanenza del soggetto nei primi 10 gg in camera singola, bagno dedicato, utilizzo dei DPI idonei (indicati dal referente COVID in accordo con il medico competente) per il paziente e gli operatori che entrano in contatto con lui, rilevazione quotidiana temperatura e monitoraggio dell'eventuale insorgenza di sintomi;
- implementare attenta sorveglianza sanitaria attraverso utilizzo dei DPI idonei (indicati dal referente COVID in accordo con il medico competente) per il paziente e gli operatori che entrano in contatto con lui, rilevazione quotidiana temperatura e monitoraggio eventuale insorgenza di sintomi quando, per le caratteristiche psicopatologiche del soggetto, non sia possibile prevedere un isolamento stretto.

In caso di presenza in struttura di un Covid-19 positivo, si raccomanda inoltre di sospendere gli ingressi di nuovi utenti nella struttura sino alla risoluzione del caso. Solo in casi eccezionali, può essere considerato l'ingresso di nuovi assistiti in caso siano presenti utenti positivi, previa valutazione del responsabile medico

della struttura e in base alle possibilità di gestire in modo completamente autonomo e separato (es. aree completamente separate e con staff differenziato) le aree con pazienti COVID-19 dagli altri.

3. ORGANIZZAZIONE DEI TRASFERIMENTI

Per i pazienti afferenti alle strutture residenziali della salute mentale/dipendenze, per le loro peculiarità clinico/assistenziali di ordine psichico, sono individuati i seguenti percorsi personalizzati senza il ricorso al portale PRIAMO:

- A) caso COVID sintomatico grave o critico: dovrà essere avviato il percorso di trasferimento mediante il servizio NUE-112 AREU verso altra struttura per acuti più idonea;
- B) caso COVID asintomatico/paucisintomatico e in scompeso psichico: dovrà essere avviato il percorso di trasferimento mediante il servizio NUE-112 AREU verso SPDC destinato esclusivamente a pazienti COVID (esempio: ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda) o presso l'SPDC di competenza territoriale, purché questo presenti adeguate possibilità di isolamento;
- C) caso COVID asintomatico/paucisintomatico e non in scompeso psichico: lo psichiatra di riferimento, previo confronto con ATS territorialmente competente, in assenza delle necessarie misure organizzativo-logistiche idonee a garantire adeguato isolamento di cui sopra, dovrà individuare la struttura più idonea incluse, se disponibili, le Degenze di Comunità di livello base dell'area salute mentale/dipendenze e avviare attraverso la COI 116117 il trasporto secondario gestito da AREU.

4. GARANTIRE IL BENESSERE PSICOLOGICO DEI RESIDENTI E DEI FAMILIARI

Le persone con disturbi mentali e dipendenze ospiti in strutture residenziali comunque denominate, che afferiscono ai Dipartimenti di salute mentale, ai Servizi Disabili Adulti e o al privato accreditato, necessitano della massima attenzione nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da COVID-19. La sofferenza emotiva e relazionale legata alla pandemia e alle misure predisposte per contenerla può impattare negativamente sulla loro salute e sul loro benessere.

Nella prima fase emergenziale, le misure adottate per ridurre il rischio di trasmissione di SARS-CoV-2 tra i residenti e gli operatori, il distanziamento fisico e le restrizioni ai contatti sociali possono aver determinato una riduzione dell'interazione interpersonale e un relativo restringimento delle relazioni socioaffettive con possibile aumento del disagio e del senso di isolamento. Anche i familiari hanno dovuto affrontare la distanza dal proprio caro e la conseguente difficoltà ad offrire sostegno in un momento particolarmente difficile. È necessario coniugare la prosecuzione e la ripresa di alcune attività con la necessità di non fare correre rischi ai pazienti, ai loro familiari e agli operatori consapevoli che gli interventi che si vanno a programmare sono essenziali per gli utenti e per le loro famiglie, persone che hanno particolarmente sofferto l'isolamento e la preoccupazione per la possibilità di ammalarsi. In questa logica si sottolinea la particolare condizione di difficoltà vissuta dai pazienti, che, coinvolti in programmi residenziali mirati al recupero di autonomie non solo di base e nell'area dell'abitare, ma anche nell'area del lavoro, dello studio/formazione, della realizzazione personale, dell'appartenenza alla cittadinanza, dell'utilizzo consapevole dei servizi del territorio, pur motivandoli nella necessità di limitare interazioni sociali non essenziali o esposizioni a situazioni di rischio, esprimono un forte bisogno di recupero di "normalità", concetto da declinarsi nel senso più esteso di benessere bio-psico-sociale e di qualità della vita.

5. ATTIVITA' INDIVIDUALI E DI GRUPPO

Al fine di prevenire l'ingresso e la diffusione del contagio all'interno delle strutture gli utenti vanno attivamente supportati nel rispetto delle misure di prevenzione promuovendo attivamente:

- screening ogni 15 giorni con test antigenici rapidi, per gli operatori e gli ospiti;
- il distanziamento dagli altri ospiti e dagli operatori
- l'utilizzo della mascherina nei momenti di socializzazione all'interno della struttura
- il distanziamento durante i pasti

Tutte le attività di gruppo degli ospiti, le riunioni di équipe e tutte le attività che implicano la presenza contemporanea di più persone devono essere riorganizzate. Può essere valutata la possibilità di mantenere

l'attività con gruppi di ospiti e operatori poco numerosi, con distanziamento fisico di almeno 1,5 mt e uso della mascherina chirurgica in spazi ampi e ben aerati o all'aperto (interni o esterni alla struttura).

In generale è opportuno inserire nei programmi di intervento la informazione e psico-educazione degli ospiti rispetto alle norme di prevenzione del contagio, inclusi il distanziamento fisico, l'uso dei DPI, il lavaggio delle mani, al fine di sviluppare la capacità dell'utente di aderirvi nello svolgimento di ogni attività. Al fine di garantire il benessere psicosociale dei residenti, si ritiene inoltre opportuno ribadire alcune azioni da intraprendere all'interno della struttura per mitigare i disagi causati dalle misure di prevenzione introdotte per contrastare la pandemia:

- è opportuno definire momenti in cui le persone con disturbi mentali e con disabilità psichiche o condizioni di dipendenza possano esprimere il loro pensiero, le loro critiche e i loro desideri rispetto alla riorganizzazione emergenziale della residenza. Questi pareri potrebbero riguardare aspetti quali le opzioni per i pasti, le preferenze per le attività o la loro distribuzione nell'arco della giornata, la frequenza delle relazioni con l'esterno o le uscite dalla struttura;
- va promossa l'attività fisica dei residenti e le uscite in cortili, giardini o aree esterne all'edificio (ove presenti)

6. ATTIVITA' IN CASO DI QUARANTENA

Qualora uno o più residenti dovessero essere sottoposti a isolamento/quarantena è importante prevedere una riorganizzazione delle attività che possa ridurre i rischi di scompenso psichico e comportamentale derivati dall'impossibilità di svolgere le usuali attività ed in particolare quelle all'aperto. In questa situazione

- è ancor più importante garantire il massimo coinvolgimento attivo delle persone con disturbi mentali e con disabilità nella programmazione e nella scelta delle diverse attività da svolgere nella residenza;
- per le persone in isolamento è necessario che la struttura provveda all'organizzazione di nuove attività strutturate e modulari per evitare l'aumento della solitudine e della sofferenza, tenendo presente che le attività di gruppo rimangono sospese per coloro che sono in isolamento e quarantena.

7. USCITE/ ATTIVITA' ESTERNE

In considerazione della specifica mission delle strutture residenziali dell'area Salute Mentale e Dipendenze riguardo ai percorsi riabilitativi degli utenti, va ricordata l'importanza delle attività esterne e delle uscite.

Va mantenuta la possibilità di uscite all'esterno della struttura secondo i progetti terapeutici riabilitativi individuali. Le eventuali uscite dalla struttura, laddove compatibili con le disposizioni nazionali e regionali, andranno comunque valutate caso per caso in relazione alla compliance all'utilizzo dei DPI da parte della persona e, più in generale, a tutte le pratiche di mitigazione del rischio. Si richiama dunque l'importanza delle attività di informazione e psicoeducazione degli ospiti rispetto alle norme di prevenzione del contagio, inclusi il distanziamento fisico, l'uso dei DPI, il lavaggio delle mani, ecc. Persone per cui si ritiene non siano presenti garanzie sufficienti a controllare il rischio di contagio dovranno essere accompagnate dall'operatore al fine di garantire l'adozione di comportamenti corretti da parte del paziente. Se detta capacità è carente, si mettono in atto limitazioni e provvedimenti per consentire comunque una certa mobilità esterna in sicurezza. La prosecuzione dei programmi individuali strutturati esterni alla struttura di rilievo per il percorso riabilitativo (borse lavoro, tirocini, altro), laddove compatibile con le disposizioni nazionali, è mantenuta, purché le sedi ove l'attività viene svolta abbiano documentato il rispetto delle norme di prevenzione del contagio e la sorveglianza sugli operatori. Tuttavia, data la particolarità del contesto, è richiesto di:

- adottare tutte le misure precauzionali nella fase di rientro in comunità (igienizzazione, uso della mascherina da parte dei pazienti all'interno della comunità);
- eseguire attività di sorveglianza quotidiana e periodica dell'utente (tampone nasofaringeo periodico e comunque a cadenza almeno settimanale/quindicinale).

BIBLIOGRAFIA E NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Atti normativi del Governo nazionale

- Decreto-legge n. 154 del 23/11/2020. Misure finanziarie urgenti connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanza Ministero della Salute del 23/11/2020.
- Ordinanza Ministero della Salute del 27/11/2020.
- Legge n. 159 del 27/11/2020. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 ottobre 2020, n. 125, recante misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché' per l'attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020.
- Decreto-legge n. 158 del 02/12/2020. Disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 3 dicembre 2020, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19.
- Ordinanze Ministero della Salute del 05/12/2020.

Circolari e documenti del Ministero della Salute e dell'ISS

- Circolare del Ministero della Salute n. 14314 del 23 aprile 2020 *"Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza"*
- 0031400-29/09/2020-DGPRES-DGPRES-P ad oggetto *"Uso dei test antigenici rapidi per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, con particolare riguardo al contesto scolastico"*;
- 0032850-12/10/2020-DGPRES-DGPRES-P ad oggetto *"COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena"*;
- 0022663-03/11/2020 ad oggetto *"Linee di indirizzo organizzative per la gestione dell'emergenza COVID-19 nell'attuale fase epidemica in particolare per quanto riguarda l'individuazione di un sistema per coorti presso strutture post acuzie, presso strutture sanitarie intermedie extraospedaliere e la rimodulazione dell'attività programmata differibile"*;
- Istituto Superiore di Sanità. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali*. Gruppo di lavoro Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Versione del 24 agosto 2020. Rapporto ISS COVID-19. N. 4/2020 Rev. 2
- Nota tecnica ad interim. *Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica*. Aggiornata al 23 ottobre 2020. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2020;
- Ministero della Salute. Circolare n. 0024970 del 30/11/2020 recante *"Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2"*
- Circolare Ministero dell'Interno n. 15350/117/2/1 del 05/12/2020. Decreto-legge 2 dicembre 2020, n. 158, recante disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi connessi alla diffusione del virus COVID-19.
- Istituto Superiore di Sanità. *Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19*. Versione al 25 giugno 2020. Rapporto ISS COVID-19. N. 53/2020 Rev. 2
- Istituto Superiore di Sanità. *"Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali"*. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Rapporto ISS COVID-19. N. 4/2020 rev. 2. Versione del 24 agosto 2020.
- Istituto Superiore di Sanità. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19*. Tavolo per il monitoraggio e implementazione del Piano Nazionale delle demenze. Versione del 23 ottobre 2020. Rapporto ISS COVID 19. N. 6/2020
- Istituto Superiore di Sanità. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con disturbi dello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2*. Osservatorio nazionale autismo ISS. Versione del 28 ottobre 2020. Rapporto ISS COVID-19. N. 8/2020 Rev. 2
- Gruppo editoriale INMP. *Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità sociosanitaria nel quadro dell'epidemia di COVID-19*. Versione del 20 luglio 2020. Roma: Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto della povertà; 2020
- Ministero della Salute. Nota tecnica ad interim. *Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica*. Aggiornata al 23 ottobre 2020. Roma: Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità; 2020
- Ministero della Salute. *Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale*. Aggiornata all'11 agosto 2020. Roma: Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità; 2020

- Ministero della salute. *Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio.* (0011715-03/04/2020). Roma: Ministero della Salute; 2020.
- Documento del Ministero della Salute 9245/COV 19 del 30/11/2020 ad oggetto *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*
- Ministero della Salute. Circolare n. 0025420-04/12/2020-DGPROGS-DGPROGS-P ad oggetto *Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali.*
- Istituto Superiore della Sanità. *Indicazioni per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 negli hospice e nelle cure palliative domiciliari.* Versione del 15 dicembre 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 62/2020).

Atti normativi del Governo regionale e Delibere della Giunta Regionale

- G1.2020.0024711 del 01/07/2020 ad oggetto "Indicazioni applicative della DGR N° XI/3226 del 09/06/2020 ad oggetto "Atto di indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla "Fase 1" dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 per aree salute mentale e dipendenze".
- n. 3383 del 10 aprile 2015 "Attuazione delle DD.G.R. n. X/1185/2013 e n. 2989/2014: prima applicazione dei profili e requisiti sperimentali delle unità d'offerta sociosanitarie Cure Intermedie";
- n. 2019 del 31 luglio 2019 "Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei PRESST, dei POT e delle Degenze di Comunità – di concerto con l'Assessore Bolognini";
- n. XI/2672 del 16 dicembre 2019 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sociosanitario per l'esercizio 2020" – (di concerto con gli Assessori Caparini, Piani e Bolognini);
- n. XI/2903 del 2 marzo 2020 "Prime Determinazioni in ordine all'emergenza, epidemiologica da COVID-19" - (di concerto con gli Assessori Gallera, Caparini e Foroni);
- n. XI/2906 del 8 marzo 2020 "Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID – 19";
- n. XI/2986 del 23 marzo 2020 "Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID – 19 – area territoriale";
- n. XI/3016 del 30 marzo 2020 "Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID– 19 (centro di costo cov 20);
- n. XI/3018 del 30 marzo 2020 "Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID- 19 – indicazioni per gestioni operative per le RSA e le RSD";
- n. XI 3020 del 30 marzo 2020 "Ulteriori disposizioni per la gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19. Istituzione servizi di Degenza per Sorveglianza pazienti COVID-19 paucisintomatici (centro di costo COV 20)";
- n. XI/3114 del 7 maggio 2020 "Determinazioni in merito alle attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia COVID-19";
- n. XI/3115 del 7 maggio 2020 "Indirizzi per l'organizzazione delle attività sanitarie in relazione all'andamento dell'epidemia da COVID -19";
- n. XI/3131 del 12 maggio 2020 "COVID-19: Indicazioni in merito ai test sierologici";
- n. XI/3132 del 12 maggio 2020 "Determinazioni in merito ai trattamenti informativo ed economico della prestazione test molecolare virus SARSCoV2";
- n. XI/3183 del 26 maggio 2020 "Art. 8 DPCM 26 aprile 2020 come modificato dall'art. 9 del DPCM del 17 maggio 2020: avvio fase due servizi semiresidenziali per persone con disabilità" - (di concerto con l'Assessore Gallera);
- n. XI/ 3243 del 16 giugno 2020 "Determinazione in ordine alla attuazione del Decreto Ministeriale 30 aprile 2020";
- n. XI/3323 del 30 giugno 2020 "Ulteriori determinazioni in merito alle attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia COVID-19 di cui alla DGR 3114 del 07/05/2020";
- n. XI/3777 del 3/11/2020 ad oggetto: "Disposizioni relative all'utilizzo di test antigenici (Rapid Diagnostics Test Ag-Rdts – Tampone Nasofaringeo) per la sorveglianza COVID-19";
- n. XI/3226 del 9 giugno 2020 "Atto di indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla "fase 1" dell'emergenza epidemiologica da COVID-19" che, tra l'altro ha approvato l'Allegato A "Atto di indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla "Fase 1" dell'emergenza epidemiologica da COVID-19" e l'Allegato B "Fase 2 – servizi dell'area della salute mentale (neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sperimentazioni RIA minori e case management, della psichiatria, delle dipendenze) e della sanità penitenziaria" e relativi cinque sub allegati;
- n. XI/3524 del 5 agosto 2020 "Aggiornamento agli atti di indirizzo ex DGR n. 3226 del 9/6/2020" - Allegato A, le cui previsioni sono confermate se non in conflitto con quanto disposto dal presente provvedimento;
- n. XI/3525 del 5 agosto 2020 "Adozione del Piano di potenziamento e riorganizzazione della Rete di assistenza, in attuazione dell'art. 1 DL 34, convertito con modificazioni dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77";

- n. XI/3681 del 15 ottobre 2020 “Ulteriori determinazioni per la gestione dei pazienti COVID-19” che dispone in ordine alle cure sub acute a favore dei pazienti COVID positivi paucisintomatici e alle Degenze di comunità di livello base per pazienti COVID asintomatici/paucisintomatici;
- n. XI/3876 del 19/11/2020. Determinazioni per la gestione integrata ospedale-territorio per l’assistenza ai pazienti affetti da Covid-19 o sospetti.
- n. XI/3912 del 25/11/2020 “Ulteriori determinazioni in ordine all’emergenza da COVID 19”.
- n. XI/3913 del 25/11/2020 “Aggiornamento degli atti di indirizzo ex DGR n. 3326 del 9/6/2020 e n. 3524 del 5/8/2020. Ulteriori indicazioni per la gestione dei pazienti COVID-19 nella rete territoriale”
- n. XI/3914 del 25/11/2020 “Ulteriori indicazioni per la gestione territoriale dei pazienti COVID positivi o sospetti tali da parte del sistema delle cure primarie”.
- . Nota regionale prot. G1.2020.0041364 del 3/12/2020 “Indicazioni in merito alle attività di vigilanza e controlli in ambito sanitario, sociosanitario e sociale”.

Articoli e revisioni di letteratura (tutti i link sono stati controllati il 24/12/2020)

- Arons MM. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. *N Engl J Med* 2020 May 28;382(22):2081-2090
- Barnes GD. Thromboembolism and anticoagulant therapy during the COVID-19 pandemic: interim clinical guidance from the anticoagulation forum. *J Thromb Thrombolysis*. 2020; 50:72–81.
- Barrot L. Liberal or Conservative Oxygen Therapy for Acute Respiratory Distress Syndrome. *NEJM* 2020; 382:999-1008
- Bilinsky A. COVID-19 and excess all-cause mortality in the US and 18 comparison countries. *JAMA*. Published online October 12, 2020
- BMJ. Best Practice Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Last Updated Oct 8, 2020 <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-us/3000168>
- CDC: Duration of isolation and precautions for adults with COVID-19. Center for Disease Control and Prevention. Updated Oct. 19, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic, Updated Dec. 14, 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. *Overview of Testing for SARS-CoV-2 (COVID-19)*. Atlanta, GA: CDC; 2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-overview.html>
- Cevik M. Virology, transmission, and pathogenesis of SARS-CoV-2. *BMJ* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 10];371. Available from: <https://www.bmj.com/content/371/bmj.m3862>
- Cheng MP. Diagnostic testing for severe acute respiratory syndrome-related Coronavirus-2: a narrative review. *Ann Intern Med* 2020; M20-1301. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7170415/pdf/aim-olf-M201301.pdf>
- Chu DK. Mortality and morbidity in acutely ill adults treated with liberal versus conservative oxygen therapy (IOTA): a systematic review and meta-analysis. *The Lancet* 2018; 391:1693-1705
- COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines. National Institutes of Health. Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. Accessed [11/16/2020].
- Dadamo H. Coronavirus Disease 2019 in geriatrics and long-term care: The ABCDs of COVID-19. *J Am Geriatr Soc*. 2020; 68(5):912-917
- ECDC Public Health Emergency Team. High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion and monitoring in the EU/EEA, May 2020. ECDC Public Health Emergency Team, 2020. <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.22.2000956>
- European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for discharge and ending isolation of people with COVID-19, 16 October 2020. Stockholm: ECDC; 2020.
- European Commission. Commission recommendation of 18/11/2020 on the use of rapid antigen test for the diagnosis of SARS-CoV-2 infection. European Commission, Brussels, 18/11/2020, C82020) 8037 final. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/sarscov2_rapidantigentests_recommendation_en.pdf
- Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Lombardia. Vademecum della cura delle persone con infezione da SARS-CoV-2 non ospedalizzate. 12/11/2020
- Ferioli M: Protecting healthcare workers from SARS-CoV-2 infection: practical indications. *Eur Respi Rev* 2020; 29. <https://err.ersjournals.com/content/29/155/200068>

- Gallichotte EN. Longitudinal Surveillance for SARS-CoV-2 RNA Among Asymptomatic Staff in Five Colorado Skilled Nursing Facilities: Epidemiologic, Virologic and Sequence Analysis. (Preprint) Medrxiv. 2020. Available at: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.06.08.20125989v1>
- Gautret P. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. *International Journal of Antimicrobial Agents* 2020;56(1): 105949.
- Holroyd-Leduc J. Atypical COVID_19 presentations in frail older adults. Last revised 2 april 2020. <https://www.rgptoronto.ca/wp-content/uploads/2020/03/Atypical-COVID-19-Presentations-in-Frail-Older-Adults-U-of-Calgary.pdf>
- HSIB. Riconoscere e gestire i pazienti in condizioni critiche I2017/007. Healthcare Safety Investigation Branch. Edizione italiana maggio 2029. <https://www.hsib.org.uk/investigations-cases/recognising-and-responding-critically-unwell-patients/final-report-italian/>
- Hui DSC. Aerosol dispersion during various respiratory therapies: a risk assessment model of nosocomial infection to health care workers. *Hong Kong Med J* 2014; 4:9-13
- Jingwei L. The epidemiology and therapeutics options for the COVID-19. *Precision Clinical Medicine* 2020. 3(2):71-84
- Jung YJ. Atypical clinical presentation of geriatric syndrome in elderly patients with pneumonia or coronary artery disease. *Ann Geriatr Med Res.* 2017;21(4):158-63
- Kennedy M. Delirium in older patients with COVID-19 presenting to the emergency department. *JAMA Network Open* 2020; 3(11)
- Long QX Clinical and immunological assessment of asymptomatic SARS-CoV-2 infections. *Nature Medicine* 2020; 26:1200-1204. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0965-6>
- Mak GC. Evaluation of rapid antigen tests for detection of SARS-CoV-2 virus. *J Clin Virol.* 2020; 129:104500.
- Malone ML. COVID-19 in older adults: key points for emergency department providers. *Journal of Geriatric Emergency Medicine* 2020;1(4):1-11.
- Mina MJ. Rethinking Covid-19 test sensitivity. A strategy for containment. *N Engl J Med* 2020; 383:e120. DOI: 10.1056/NEJMp2025631
- Miranda C. Implications of antibiotics use during the COVID-19 pandemic: present and future. *J Antimicrob Chemother* [Internet]. 2020 [cited 2020 Nov 10]; Available from: <https://europemc.org/article/med/32830266>
- O'Driscoll BR. British Thoracic Society Guideline for oxygen use in adults in healthcare and emergency settings. *BMJ Open Respir Res* 2017; 4(1): e000170. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5531304/pdf/bmjresp-2016-000170.pdf>
- Petersen E. Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics. *Lancet Infect Dis* 2020; 20:e238-44
- Rajesh T. Mild or moderate COVID-19. *NEJM* 2020; 383:1757-66.
- Raouf S. et al. High flow, noninvasive ventilation and awake (nonintubation) prone in patients with COVID-19 with respiratory failure. *CHEST* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chest.2020.07.013>
- Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS) 2: Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Updated report of a working party. London: RCP, 2017. <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>
- Royal college of Physicians. National Early Warning Score (NEWS). Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. Report of a working party. London: RCP, 2012.
- Shi H. Radiological findings from 81 patients with COVID-19 pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet Infect Dis.* 2020 Apr;20(4):425-434.
- Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, June 2007. Disponibile su: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/>
- Siemieniuk R. Drug treatments for covid-19: living systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2020;370:m2980; doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m2980>.
- Skipper CP. Hydroxychloroquine in Nonhospitalized Adults With Early COVID-19 : A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* 2020; 173:623–31.
- Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), SEZIONE REGIONE LOMBARDIA. Vademecum per la cura delle persone con infezione da SARS-CoV-2 Revisione 3.0 del 3 novembre 2020
- Spyropoulos AC. Scientific and Standardization Committee communication: Clinical guidance on the diagnosis, prevention, and treatment of venous thromboembolism in hospitalized patients with COVID-19. *J Thromb Haemost.* 2020; 18:1859–65.
- The RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19– Preliminary Report. *New Engl J Med*, 2020, July 17 DOI:10.1056/NEJMoa2021436

- WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group. Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA*. 2020; 324:1330–41
- WHO. Infection prevention and control during health care when coronavirus disease (COVID-19) is suspected or confirmed. Interim guidance. 20 June 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.4>
- WHO: Clinical Management of COVID-19 – Interim guidance (27 May 2020) <https://www.who.int/publications/i/item/clinical-management-of-covid-19>
- Wise J. COVID-19: safety of lateral flow test questioned after they are found to miss half of cases. *BMJ* 2020; 371:m4744; doi: 10.1136/bmj.m4744
- Wölfel R. (2020). Virological assessment of hospitalized patients with COVID-2019. *Nature* 2020 May;581(7809):465-469. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2196-x>
- World Health Organization. Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays. Interim guidance. Geneva: WHO 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays>
- World Health Organization. Target product profiles for priority diagnostics to support response to the COVID-19 pandemic v.1.0, 28 settembre 2020. Geneva: WHO2020
- Zhonghua J. Expert consensus on preventing nosocomial transmission during respiratory care for critically ill patients infected by 2019 novel coronavirus pneumonia. Respiratory care committee of Chinese Thoracic Society 2020; 17(0):E220. DOI: [10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2020.0020](https://doi.org/10.3760/cma.j.issn.1001-0939.2020.0020)