



Il presente documento nasce per supportare gli operatori sanitari, socio sanitari e assistenziali delle Strutture Residenziali per Anziani impegnati nella prevenzione dell'infezione coronavirus SARS-Cov-2 e nella cura e assistenza degli anziani con COVID-19. Le indicazioni contenute nel documento sono da considerarsi "ad interim" per la rapida evoluzione delle conoscenze relative all'infezione da nuovo coronavirus denominato SARS-Cov-2 e alla malattia, denominata COVID-19, da esso causata.

È stato approvato dalle società scientifiche:

**AIP** Associazione Italiana di Psicogeriatricia,

**AGE** Associazione Geriatrici Extraospedalieri,

**SIGG** Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

**SIGOT** Società Italiana di Geriatria Ospedale e Territorio

**Redazione a cura di**

Ermellina Silvia Zanetti VicePresidente APRIRE Network

Fulvio Lonati Presidente APRIRE Network

Aggiornato il 13 aprile 2020

## Sommario

ACRONIMI UTILIZZATI NEL DOCUMENTO .....	4
GLOSSARIO .....	4
1 - PRESENTAZIONE .....	5
2 - PERCHÉ QUESTO DOCUMENTO.....	5
3 - CONOSCERE: modalità di trasmissione dell'infezione.....	5
4 - CONOSCERE: perché i residenti sono a rischio.....	6
5 - CONOSCERE: perché anche gli operatori, i familiari, i volontari sono a rischio .....	6
6 - INTERVENTI: preparare il piano di prevenzione e intervento .....	6
7 - INTERVENTI: proteggere gli operatori.....	8
8 - INTERVENTI: azioni per contrastare la diffusione dell'infezione da SARS-Cov-2 tra i residenti.....	9
9 - INTERVENTI: individuazione dei casi sospetti COVID-19.....	9
11 - INTERVENTI: monitoraggio dei residenti con sintomi di COVID-19 .....	11
12 - INTERVENTI: criteri clinici per l'ospedalizzazione .....	12
13 – INTERVENTI: misure volte a proteggere i familiari .....	12
14 – INTERVENTI: ammissione di nuovi residenti .....	12
<b>ALLEGATO 1 – CORRETTO UTILIZZO DPI NELLE RESIDENZE SOCIO SANITARIE .....</b>	<b>14</b>
IGIENE DELLE MANI .....	14
DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER MEDICI, INFERMIERI E OPERATORI ADDETTI ALL'ASSISTENZA.....	14
PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE .....	14
Semi maschera filtrante facciale FFP2 con o senza valvola di espirazione e FFP3 .....	14
Mascherina chirurgica .....	15
Filtrante facciale o mascherina chirurgica?.....	16
PROTEZIONE DEGLI OCCHI .....	17
Occhiali o visiera/schermo protettivo .....	17
PROTEZIONE DEL CORPO.....	17
Camici monouso idrorepellenti e copricapo .....	17
Procedure di vestizione svestizione dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e indicazioni per un utilizzo razionale.....	18
Preparazione.....	18
Vestizione.....	18
Svestizione .....	18
Indicazioni per un utilizzo razionale dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) .....	19
<b>ALLEGATO 2 -Procedure per la sanificazione ambientale .....</b>	<b>20</b>
Protezione degli operatori addetti alla sanificazione ambientale.....	20
Frequenza della sanificazione.....	20

## EMERGENZA COVID-19

Attrezzature per la sanificazione .....	20
Gestione della biancheria da letto e da bagno.....	21
Gestione dei rifiuti .....	21
Lavaggio delle stoviglie e degli indumenti del residente.....	21
BIBLIOGRAFIA .....	22
SITOGRAFIA .....	23
HANNO COLLABORATO .....	23

## ACRONIMI UTILIZZATI NEL DOCUMENTO

**AMDA** The Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine

**CDC** Centre for Disease prevention and Control

**COVID** COrona VIrus Disease

**DPI** Dispositivi di Protezione Individuale

**ECDC** European Centre for Disease prevention and Control

**ISS** Istituto Superiore di Sanità

**WHO** World Health Organization

## GLOSSARIO

### **SARS-Cov-2**

il 31 dicembre 2019, le autorità cinesi hanno segnalato all'OMS diversi casi di polmonite di eziologia sconosciuta a Wuhan, una città nella provincia di Hubei. Una settimana dopo hanno confermato che si trattava di un nuovo coronavirus denominato **SARS-Cov-2** dall'International Committee on Taxonomy of Viruses (Zou, 2020, Wang, 2020).

Per quanto ad oggi conosciuto, **SARS-Cov-2** colpisce più gravemente gli over 65 con pregressa patologia cardiovascolare (in particolare ipertensione e insufficienza cardiaca) e, in misura minore, con patologia respiratoria cronica e diabete. La mortalità aumenta con l'età (Wu,2020).

### **COVID-19**

è stata così definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la malattia causata da **SARS-Cov-2** caratterizzata da febbre, tosse e disturbi ("CO" sta per corona, "VI" per virus, "D" per disease e "19" indica l'anno in cui si è manifestata).

## 1 - PRESENTAZIONE

Il presente documento:

- È **rivolto** ai responsabili sanitari e organizzativi, agli operatori sanitari, socio sanitari e assistenziali delle strutture residenziali per anziani<sup>1</sup>.
- Ha lo **scopo** di fornire indicazioni di riferimento per **prevenire la diffusione del COVID-19** tra gli operatori sanitari e sociosanitari, gli anziani ospiti e i loro familiari/visitatori e i volontari.
- Ha lo **scopo** di fornire indicazioni per la gestione dei casi sospetti, probabili o confermati COVID-19 tra gli anziani ospiti delle strutture residenziali per anziani.

## 2 - PERCHÉ QUESTO DOCUMENTO

Il **coronavirus SARS-Cov-2** causa una malattia, denominata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) "**COVID-19**", caratterizzata da febbre, tosse e disturbi respiratori con manifestazioni cliniche che vanno dal comune raffreddore alla polmonite grave con sindrome da distress respiratorio, shock settico e insufficienza multiorgano. Nella maggior parte dei casi (circa l'80%) finora riportati si manifesta in forma paucisintomatica o lieve.

SARS-Cov-2 colpisce più gravemente gli over 65 con pregressa patologia cardiovascolare, patologia respiratoria cronica, diabete. La mortalità aumenta con l'età.

Le strutture residenziali per anziani sono contesti particolarmente esposti al rischio di infezione da coronavirus SARS-Cov-2, poiché gli anziani ospiti, oltre ad avere i fattori di rischio sopra riportati, sono generalmente più vulnerabili alle infezioni rispetto alla popolazione generale.

È dunque necessario che le strutture dispongano un piano d'azione che comprende 5 elementi chiave: 1) ridurre la morbilità e la mortalità tra le persone infette; 2) minimizzare la trasmissione; 3) garantire la protezione degli operatori sanitari; 4) mantenere il funzionamento del sistema sanitario; e 5) mantenere la comunicazione tra i residenti e i loro familiari.

## 3 - CONOSCERE: modalità di trasmissione dell'infezione

Sulla base dei dati al momento disponibili, il contatto con i casi sintomatici (persone che hanno contratto l'infezione e hanno già manifestato i sintomi della malattia) è il motore principale della trasmissione del nuovo coronavirus SARS-Cov-2.

È ritenuto possibile che le persone nelle fasi prodromiche della malattia, le persone infette e asintomatiche e coloro nei quali la malattia si manifesta in forma lieve o paucisintomatica possano trasmettere il virus.<sup>2</sup>

L'infezione da **SARS-Cov-2** si trasmette da persona a persona attraverso:

- gocce respiratorie (droplets) che non rimangono sospese nell'aria e si depositano a 1 - 2 metri;
- contatto diretto delle mucose con secrezioni o materiale contaminato, che può essere trasportato in mani o oggetti;
- contatto con superfici o cute contaminata (probabile);

---

<sup>1</sup> In questa definizione sono ricomprese le strutture residenziali che accolgono definitivamente le persone anziane non autosufficiente ed offrono assistenza medica, infermieristica, assistenziale.

<sup>2</sup><https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html#Asymptomatic>

- trasmissione nosocomiale, specialmente agli operatori sanitari.

#### 4 - CONOSCERE: perché i residenti sono a rischio

Gli **ospiti** delle strutture residenziali per anziani sono vulnerabili all'infezione COVID-19 per i seguenti motivi:

- Di solito presentano patologie di base o sono per lo più affetti da patologie croniche spesso multiple.
- Di solito hanno un'età avanzata.
- Hanno stretti contatti con altre persone (i loro caregiver) e gli altri residenti.
- Trascorrono molto tempo in ambienti chiusi con popolazioni ugualmente vulnerabili.
- La presenza di persone con deterioramento cognitivo può rendere difficile l'applicazione delle precauzioni di contatto e dell'isolamento.

#### 5 - CONOSCERE: perché anche gli operatori, i familiari, i volontari sono a rischio

Poiché COVID-19 è causato da un virus appena identificato, non ci sono terapie o vaccini disponibili e si presume che non vi sia immunità preesistente nella popolazione generale.

La facilità di trasmissione agli **operatori** (e dagli operatori ai residenti) nelle strutture residenziali per anziani è esacerbata dalla necessità di uno stretto contatto fisico con il residente durante le attività di igiene personale, mobilitazione, aiuto nell'alimentazione.

Per i **familiari** i gesti di affetto e la consueta vicinanza fisica possono favorire la trasmissione dell'infezione dagli uni agli altri.

Per i **volontari** (tra questi molti sono persone anziane) le attività abitualmente loro affidate quali fare compagnia, aiutare nella somministrazione dei pasti possono favorire la trasmissione dell'infezione dagli uni agli altri.

#### 6 - INTERVENTI: preparare il piano di prevenzione e intervento

Le misure di prevenzione e controllo volte a prevenire l'infezione SARS-Cov-2 nelle strutture residenziali per anziani sono importanti, **dovrebbero essere pianificate prima della possibile manifestazione di un'epidemia di COVID-19** e, durante l'eventuale esacerbazione della stessa, le misure di prevenzione controllo e gestione dovrebbero essere intensificate.

Si suggerisce di individuare un **referente** (anche esterno alla struttura) **per la prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA)** adeguatamente formato e che possa fare riferimento ad un comitato multidisciplinare di supporto nell'ambito della struttura o a livello aziendale in stretto contatto con le autorità sanitarie locali (ISS, 2020).

Si suggerisce di designare all'interno della struttura un professionista o un team di professionisti, in relazione alle dimensioni della struttura, composto ad esempio: dal direttore sanitario, direttore generale/di struttura/amministrativo e coordinatore infermieristico, che, in collaborazione con il referente per la prevenzione e controllo delle ICA, predisponga il **piano di prevenzione e intervento** tenendo in considerazione:

- le disposizioni nazionali e regionali in materia;

- i requisiti per la segnalazione di residenti con sintomi compatibili con COVID-19;
- le indicazioni per la gestione dei residenti sospetti/confermati COVID-19;

Il professionista/ team di professionisti si occuperà di definire/realizzare:

1. La pianificazione e **la realizzazione del piano di controllo e prevenzione delle Infezioni Correlate all'assistenza (ICA)** e specificatamente per COVID-19.
2. La **formazione e l'addestramento del personale** all'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) (**ALLEGATO 1 - Corretto utilizzo DPI nelle residenze socio sanitarie**), le procedure per la sanificazione ambientale (**ALLEGATO 2 -Procedure per la sanificazione ambientale**), la corretta igiene delle mani, l'isolamento dei residenti sospetti o confermati COVID-19.
3. La dotazione, e la procedura per un **costante approvvigionamento, di un numero sufficiente di DPI** in relazione al numero di posti letto e di operatori; in particolare, devono essere effettuate stime adeguate circa le quantità necessarie di mascherine chirurgiche, filtranti facciali FFP2 e FFP3, guanti, camici monouso, protezioni oculari, disinfettanti e soluzione idroalcolica (ISS, 2020).
4. Le modalità da implementare per **la ricerca attiva di potenziali casi tra i residenti e tra gli operatori** e, in base alle disposizioni vigenti, le restrizioni dall'attività lavorativa degli operatori sospetti o risultati positivi al test per SARS-CoV-2.
5. La definizione dei criteri per suddividere la struttura **in aree operative separate** (un nucleo o reparto, un piano anche con barriere fisiche mobili) assegnando a ciascuna area operativa un numero di operatori esclusivamente dedicati all'assistenza ai residenti degenti nell'area con l'obiettivo di circoscrivere la diffusione dell'infezione.
6. La **riorganizzazione delle attività di animazione e fisioterapia** che dovranno essere realizzate all'interno delle aree operative.
7. L'aggiornamento dei **piani di continuità operativa**, se i membri del personale si dovessero ammalare o auto isolarsi perché sintomatici.
8. L'individuazione di un'area della struttura (ad esempio un nucleo o un piano) separata e dotata, se possibile, di propria porta di accesso che possa rimanere chiusa, da adibire all'**isolamento dei residenti** nel caso dovessero presentarsi contemporaneamente più casi sospetti, probabili o confermati COVID-19 (di seguito: casi).
9. **La predisposizione e la tenuta di un registro** nel quale annotare il personale che si occupa dei casi. Il rischio deve essere valutato in modo individualizzato, ma in generale la normale attività lavorativa può continuare e dovrà essere garantita una **sorveglianza sanitaria** per rilevare precocemente la comparsa dei sintomi.
10. Il monitoraggio delle **fonti di salute pubblica** locali, regionali e nazionali per conoscere l'evoluzione dell'epidemia nel proprio territorio.
11. Le modalità per **informare i residenti** delle ragioni dei cambiamenti nella routine abituale, evitando l'eccesso di notizie, che potrebbero ingenerare sentimenti angoscianti.
12. Le modalità e gli strumenti necessari per **garantire la comunicazione tra residenti e familiari** nell'impossibilità che questi ultimi possano accedere alla struttura.
13. Le modalità, le attività e gli strumenti necessari per **sostenere psicologicamente e spiritualmente i residenti**, evitando il più possibile che la preoccupazione, quando non la paura, per il possibile contagio proprio e dei familiari sia l'unico pensiero o comunque assuma forme ricorrenti e angoscianti. Una particolare attenzione dovrà essere riservata alle

persone con demenza: l'impatto emotivo dell'isolamento, l'uso dei DPI da parte del personale, le modifiche della routine, il cambio di stanza, la mancanza delle visite dei propri familiari possono scatenare reazioni traumatiche (AMDA, 2020a).

## 7 - INTERVENTI: proteggere gli operatori

È documentato che le persone maggiormente a rischio di infezione da SARS-CoV-2 sono coloro che sono stati a contatto stretto con una persona affetta da COVID-19 o coloro che si prendono cura di soggetti affetti da COVID-19.

Il rischio aumenta quando il contatto è ravvicinato (< 1 metro) e prolungato (> 15 minuti) e quando si eseguono procedure in grado di produrre aerosol delle secrezioni (nebulizzazione di farmaci, induzione dell'espettorato, aspirazione delle secrezioni in una persona che non è in grado di espettorare efficacemente da sola).

È imperativo **proteggere il personale sanitario**, non solo per salvaguardare la continuità delle cure, ma per assicurarsi che i professionisti non diventino veicolo di infezione. Una diffusione dell'infezione tra gli operatori richiede il loro allontanamento dal luogo di lavoro con un conseguente maggior carico di lavoro che, in caso di una elevata diffusione dell'infezione anche tra i residenti, aumenterebbe ulteriormente e graverebbe su quanti rimangono in servizio.

È altresì doveroso **proteggere**, per quanto possibile, **gli operatori sanitari e socio sanitari dallo stress fisico e psicologico** affinché possano adempiere al loro ruolo nel contesto di un carico di lavoro elevato, assicurando il riposo tra un turno e l'altro e fornendo forme concrete di accompagnamento e sostegno, come counseling psicologico e spirituale.

La direzione (attraverso il professionista/team di professionisti di cui al punto 6) **attiverà interventi di formazione e aggiornamento** in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19.

Per tutto il personale sanitario e di assistenza, compresi gli addetti alle pulizie, è consigliata una **formazione specifica** sui principi di base della prevenzione e controllo delle infezioni, con particolare attenzione alle precauzioni standard.

Il personale che presta cure dirette ai residenti della struttura e gli addetti alle pulizie devono ricevere una formazione specifica sui **comportamenti e gli interventi da attuare per prevenire la trasmissione dell'infezione da SARS COV-2** (ISS, 2020).

Nei programmi di formazione del personale sanitario e di assistenza devono essere oggetto di formazione specifica:

**Le precauzioni standard** per l'assistenza a tutti gli ospiti: igiene delle mani e respiratoria, utilizzo di dispositivi di protezione individuale appropriati (in relazione alla valutazione del rischio), buone pratiche di sicurezza nell'utilizzo di aghi per iniezioni, smaltimento sicuro dei rifiuti, gestione appropriata della biancheria, pulizia ambientale e sterilizzazione delle attrezzature utilizzate;

**Le precauzioni per la prevenzione di malattie trasmesse per contatto e droplets** nell'assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19.

**Le precauzioni per la prevenzione di malattie trasmesse per via aerea** quando si eseguono procedure che possono generare aerosol (ad esempio bronco aspirazione ) nell'assistenza di casi di COVID-19.

## 8 - INTERVENTI: azioni per contrastare la diffusione dell'infezione da SARS-Cov-2 tra i residenti

**Si raccomanda** alle Direzioni Generale e Sanitaria delle strutture residenziali per anziani l'implementazione delle seguenti **misure organizzative** molto restrittive per contrastare l'infezione da nuovo coronavirus SARS-Cov-2 e la prevenzione dei contagi:

**Attivare** da subito la suddivisione della struttura in aree operative separate (un nucleo o reparto, un piano, utilizzando anche barriere fisiche mobili) per evitare che i residenti si spostino al di fuori dell'area ad essi riservata. Il personale dedicato a ciascuna area operativa limiterà allo stretto necessario il transito nelle altre aree. Se presente un solo infermiere per turno (strutture di piccole dimensioni o durante la notte) che deve occuparsi di tutti i residenti, l'infermiere indosserà sempre la semi maschera facciale filtrante (FFP2) e, per tutte le attività di assistenza diretta al residente, i guanti monouso in vinile o nitrile che devono essere cambiati tra un residente e l'altro. Il medico (di struttura o lo specialista chiamato in consulenza), il fisioterapista, l'educatore o animatore indossano sempre semi maschera facciale filtrante (FFP2) e i guanti monouso: questi ultimi devono essere cambiati dopo ogni contatto con un residente.

**Raccomandare a tutti gli operatori di eseguire l'igiene delle mani prima di accedere alla propria area operativa:** lavaggio delle mani con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi o con l'uso di igienizzanti a base alcolica per almeno 30-40 secondi. Può essere utile l'utilizzo di poster o opuscoli che illustrano il corretto lavaggio delle mani.<sup>3</sup>

**Informare tutto il personale che in presenza di sintomi compatibili con COVID-19** non ci si deve presentare in servizio (ISS, 2020) dandone pronta comunicazione all'ufficio del personale.

**Attivare** la ricerca attiva di casi tra i residenti mediante test diagnostico e tra gli operatori mediante la rilevazione della temperatura corporea (ISS, 2020). Per gli operatori è consigliata la rilevazione della temperatura all'ingresso in struttura: se superiore a 37,5°C gli operatori non possono prendere servizio e, in base alle disposizioni vigenti, saranno sospesi dal servizio e sottoposti a sorveglianza sanitaria.

**Vietare**, sentite le autorità competenti, l'accesso di parenti, visitatori e volontari alla struttura.

## 9 - INTERVENTI: individuazione dei casi sospetti COVID-19

Durante un'epidemia di COVID-19 secondo le indicazioni della Circolare del Ministero della Salute del 22 febbraio 2020<sup>4</sup>, in presenza di un residente che **ha avuto contatto con un caso COVID 19** o di un residente che **manifesta almeno uno dei seguenti segni e sintomi comuni:**

1. febbre,
2. tosse,
3. difficoltà respiratoria,

lo stesso è da considerarsi caso sospetto COVID-19 ed è raccomandata l'esecuzione del test diagnostico.

<sup>3</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_340\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_340_allegato.pdf)

<sup>4</sup> Ministero della Salute: Circolare 22 febbraio 2020, n. 0005443 "COVID-2019. Nuove indicazioni e chiarimenti"

Nelle persone anziane, in particolare in quelle istituzionalizzate, i sintomi iniziali possono essere più lievi o presentarsi con sintomi atipici quali: tachipnea, alterazione dello stato mentale, delirium, tachicardia o una diminuzione della pressione sanguigna (D'Adamo et al., 2020).

I segni vitali devono essere monitorati almeno giornalmente e più frequentemente se indicato; anche lievi cambiamenti nelle condizioni dovrebbero essere considerati e ulteriormente valutati quando clinicamente indicato (Ouslander, 2020).

Le persone con demenza possono mascherare manifestazioni di infezione da COVID-19. Pertanto, qualsiasi cambiamento significativo dello stato clinico rispetto al basale e che non abbia una spiegazione immediata può essere causato da infezione o sepsi e deve essere valutato per l'infezione da COVID-19 durante un'epidemia (Yoshikawa et al., 2020).

## 10 - INTERVENTI: gestione dei casi sospetti COVID-19

**In presenza di uno o pochi casi sospetti COVID-19<sup>5</sup>** è consigliato provvedere al loro isolamento in una stanza singola, dotata di buona ventilazione (possibilmente dall'esterno) e di proprio bagno. La porta di accesso deve rimanere chiusa. Se possibile, i presidi medici per il monitoraggio (ad es. termometro, sfigmomanometro, saturimetro o pulsiossimetro) dovrebbero essere lasciati all'interno della stanza di degenza. Predisporre quanto necessario per l'eventuale somministrazione di ossigeno.

Se non sono disponibili camere singole, prendere in considerazione l'isolamento per coorte di residenti sospetti COVID-19 in stanze doppie (o a più letti). L'OMS raccomanda di non isolare i residenti con sospetto COVID-19 con residenti con COVID-19 confermato (WHO, 2020a).

Se necessario, il trasferimento di un residente sospetto COVID-19 all'interno della struttura seguire un percorso prestabilito, riducendo così al minimo la possibilità di trasmissione dell'infezione. Durante tutto il trasferimento interno, il residente dovrebbe indossare una mascherina chirurgica, se tollerata.

Si raccomanda di dedicare all'assistenza diretta al residente un infermiere e un operatore per turno al fine di ridurre il numero di operatori che vengono a contatto. Infermiere e operatore quando operano nella stanza di degenza devono indossare i seguenti DPI:

- Semi maschera filtrante facciale FFP2 o FFP3 (FFP3 in particolare è raccomandata per proteggere l'operatore che esegue manovre quali ad esempio: bronco aspirazione o procedure che inducono tosse o espettorato che possono generare aerosol delle secrezioni del paziente<sup>6</sup>),
- Occhiali protettivi o visiera,
- Camice idrorepellente a maniche lunghe,
- Guanti monouso in nitrile o vinile,
- Copricapo.

---

<sup>5</sup> Lo stesso vale per i Casi Probabili (Tampone oro-nasofaringeo positivo o dubbio) o Confermati (conferma di laboratorio)

<sup>6</sup> Anche per l'esecuzione del Tampone oro-nasofaringeo è necessario indossare il filtrante respiratorio FFP2/FFP3

Disporre un erogatore di soluzione idroalcolica in ogni stanza di degenza, sia all'interno che all'ingresso della stanza. In caso di carenza, solo all'interno della stanza (CDC, 2020).

È raccomandato che gli operatori seguano le procedure per indossare e rimuovere in sicurezza i DPI in sequenza corretta (**ALLEGATO 1 - Corretto utilizzo DPI nelle residenze socio sanitarie**). L'assistenza attiva di un altro operatore durante la vestizione e la svestizione è un'opzione valida per ridurre al minimo il rischio di contaminazione accidentale.

Si raccomanda di ottimizzare il numero di accessi alla stanza di degenza al fine di ridurre l'utilizzo di DPI che, in situazioni di elevata diffusione dell'infezione nel territorio dove è ubicata la struttura, potrebbero essere di difficile acquisizione.

**In aree geografiche ad elevata diffusione del virus** dove è elevato il rischio di contagio tra i residenti, a causa della difficoltà ad individuare tempestivamente i soggetti paucisintomatici e l'impossibilità di isolare tutti in stanze singole, si suggerisce di considerare **tutti i residenti come casi sospetti COVID-19** e di monitorare ogni 8 ore segni e sintomi: comparsa di febbre, tosse e difficoltà respiratoria (Ouslander, 2020).

In questa situazione, tutti gli operatori indosseranno i DPI (semi maschera filtrante facciale FFP2 o FFP3<sup>7</sup>, guanti in nitrile o vinile, occhiali protettivi o visiera, copricapo) e solo durante le attività a contatto ravvicinato (< 1 metro) e prolungato (> 15 minuti) come ad esempio le cure igieniche, l'aiuto nell'alimentazione indosseranno sopra la divisa il camice idrorepellente a maniche lunghe che andrà sostituito se imbrattato o bagnato. **È raccomandata la sostituzione dei guanti** ogni qualvolta si passa da un residente ad un altro residente preceduta dall'igiene delle mani con la soluzione idroalcolica. Il rischio di trasmissione attraverso semi maschera filtrante facciale, occhiali protettivi o visiera durante l'uso prolungato è molto basso: tuttavia è necessaria la massima attenzione a non toccarli con le mani guantate per evitare la possibile infezione tra un residente e l'altro (WHO, 2020).

Si raccomanda di pulire e disinfettare tutti i presidi utilizzati per il monitoraggio (ad es. termometro, sfigmomanometro, saturimetro o pulsiossimetro) prima di riutilizzarli per un altro residente. Limitare la condivisione di dispositivi personali di un residente (Es.: dispositivi di mobilità, libri, gadget elettronici) con altri residenti.

## 11 - INTERVENTI: monitoraggio dei residenti con sintomi di COVID-19

Durante il giorno e la notte in occasione degli interventi assistenziali e almeno ogni 8 ore (AMDA, 2020) rilevare i seguenti parametri:

- temperatura corporea
- saturazione O<sub>2</sub>
- pressione arteriosa
- frequenza respiratoria e presenza di respiro patologico
- frequenza cardiaca
- segni di disidratazione

---

<sup>7</sup> Se non è disponibile la semi maschera filtrante facciale, durante le cure igieniche sia l'operatore che il residente (se possibile) utilizzano la mascherina chirurgica. In questo caso il rischio per l'operatore è ridotto

Valutare l'efficacia della terapia antipiretica se prescritta. Riferire al medico situazioni di criticità (saturazione <90 in aria ambiente, temperatura corporea >38°C e/o che non diminuisce dopo trattamento antipiretico).

Se compare delirium rivalutare i parametri e riferire al medico.

Si suggerisce un controllo periodico dei seguenti esami ematochimici: Emocromo con formula, proteina C-reattiva (PCR), Creatinina, Elettroliti (NA, K, CL), LDH, Transaminasi (AST, ALT e GGT).

## 12 - INTERVENTI: criteri clinici per l'ospedalizzazione

I fattori di rischio di complicanze gravi che richiedono l'ospedalizzazione in reparti intensivi e sub intensivi non sono ancora chiari, sebbene i pazienti più anziani e quelli con patologie croniche possano presentare un rischio più elevato di polmonite e insufficienza respiratoria acuta.

La decisione in merito all'invio in ospedale richiede una valutazione ispirata ai principi di proporzionalità e appropriatezza delle cure:

1. delle condizioni complessive (cliniche, funzionali e cognitive premorbose),
2. della prognosi,
3. dei realistici benefici attesi di un intervento intensivo.

Se la decisione, condivisa con i familiari e in conformità con le Direttive Anticipate di Trattamento del residente, se disponibili, è quella di non ricoverare, devono essere implementati gli interventi palliativi necessari per controllare i sintomi disturbanti. Pertanto, la struttura dovrebbe garantire la disponibilità di farmaci appropriati per gestire i sintomi disturbanti. È consigliato avvalersi della consulenza, se necessaria, dei team di cure palliative (Centers for Medicare & Medicaid Services; 2020).

Il residente, se possibile, sarà lasciato solo in stanza e sarà consentito l'ingresso di un familiare al quale saranno fatti indossare i DPI secondo quanto riportato nel paragrafo successivo.

## 13 – INTERVENTI: misure volte a proteggere i familiari

Le visite dei familiari saranno sospese fino a quando vi sarà un'indicazione all'isolamento (ISS, 2020) e, se queste fossero necessarie, con l'autorizzazione della Direzione Sanitaria, dovranno essere rispettate tutte le precauzioni: potrà accedere un solo familiare che dovrà indossare la mascherina chirurgica, un camice monouso e un paio di guanti. Raccomandare al familiare di mantenere una distanza di almeno 1 metro e istruirlo al lavaggio delle mani con acqua e sapone o soluzione idroalcolica prima e dopo l'accesso alla stanza di degenza.

La decisione di ammettere un familiare o un sacerdote deve comunque essere preceduta da uno screening per valutare la presenza di eventuali sintomi di infezione respiratoria (febbre, tosse, mal di gola): se presenti uno o più sintomi non deve essere autorizzato l'ingresso, anche per il familiare di un residente in fine vita (CDCa, 2020).

## 14 – INTERVENTI: ammissione di nuovi residenti

Le strutture di assistenza a lungo termine sono una componente chiave del sistema sanitario e può essere richiesto dalle autorità sanitarie locali o regionali/provinciali di accogliere pazienti ospedalizzati dimessi per convalescenza o anziani che arrivano dal territorio perché soli e non in

grado di gestire l'autoisolamento. **Ad oggi non ci sono indicazioni per determinare se o quando ammettere un soggetto a cui è stato precedentemente diagnosticato COVID-19.** Non è infatti noto per quanto tempo gli individui rilasciano livelli trasmissibili di virus e se gli individui più anziani rilasciano virus più a lungo. Precedenti esperienze con MERS e SARS suggeriscono che la diffusione virale può continuare per almeno 12 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi, con la quantità di virus che diminuisce man mano che i sintomi migliorano.

Si suggerisce, in attesa di indicazioni dalla letteratura e dalla prassi e se la struttura ne ha la possibilità, di accogliere i nuovi residenti COVID-19 in un nucleo (area, piano) dedicato, evitando il contatto con gli altri già residenti. Per gli operatori addetti alla cura e assistenza saranno adottate le stesse precauzioni descritte al punto 7.

## ALLEGATO 1 – CORRETTO UTILIZZO DPI NELLE RESIDENZE SOCIO SANITARIE

### IGIENE DELLE MANI

L'operatore sanitario deve eseguire l'igiene delle mani prima e dopo il contatto con il residente, il contatto con materiale potenzialmente infetto e prima di indossare e dopo aver rimosso i DPI, compresi i guanti. L'igiene delle mani dopo la rimozione dei DPI è particolarmente importante per rimuovere eventuali agenti patogeni che potrebbero essere stati trasferiti sulle mani nude durante la fase di svestizione.

L'operatore sanitario deve eseguire l'igiene delle mani usando soluzione idroalcolica per 30-40 secondi o lavarsi le mani con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi. Se le mani sono visibilmente sporche, utilizzare acqua e sapone prima di frizionare le mani con soluzione idroalcolica.

### DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE PER MEDICI, INFERMIERI E OPERATORI ADDETTI ALL'ASSISTENZA

In considerazione delle modalità di trasmissione dell'infezione da SARS-Cov-2 sono raccomandati i seguenti (DPI):

#### PROTEZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

Semi maschera filtrante facciale FFP2 con o senza valvola di espirazione e FFP3



Semi maschera filtrante facciale senza valvola di espirazione

Sono dispositivi muniti di filtri che proteggono bocca, naso e mento; si suddividono in tre classi in funzione dell'efficienza filtrante: FFP1, FFP2 e FFP3. Le lettere FF sono l'acronimo di "facciale filtrante", P indica la "protezione", mentre i numeri 1, 2, 3 individuano il livello crescente di protezione:

1 =bassa > 80%

2= media > 94%

3= alta > 99%

Il filtrante facciale deve aderire bene al volto di chi lo indossa per essere efficace, ovvero per proteggere dalla contaminazione l'operatore.

La presenza di una **valvola espiratoria** riduce la resistenza espiratoria, facilitando la respirazione (espirazione) e riduce l'accumulo di umidità all'interno del facciale (CDC, 2020).



Semi maschera filtrante facciale con valvola di espirazione

L'ECDC (ECDC, 2020a) suggerisce l'uso di filtranti con filtro di classe 2 o 3 (FFP2 o FFP3) quando **si valuta un caso sospetto COVID-19 o si assiste un caso accertato COVID-19.**

**Un filtrante facciale FFP3 deve sempre essere usato quando si eseguono procedure che generano aerosol:** aerosolterapie, tampone oro/nasofaringeo tracheo aspirazione o procedure per indurre tosse o espettorazione (ECDC, 2020a)

### Mascherina chirurgica



La mascherina chirurgica non è un DPI, appartiene alla categoria dei dispositivi medici e ha come finalità quella di proteggere l'operatore da schizzi di fluidi corporei o altri liquidi pericolosi e il paziente (tipicamente in sala operatoria) dalla possibile contaminazione che può essere veicolata dagli operatori sanitari. La mascherina chirurgica non protegge l'operatore dall'inalazione di particelle aeree di piccole dimensioni.

Le limitazioni e i rischi connessi al suo utilizzo devono essere valutati caso per caso (ECDC 2020b).

**NON utilizzare la mascherina chirurgica** se è necessario un contatto ravvicinato (< 1 metro) e prolungato (> 15 minuti) con la persona, come avviene durante le cure igieniche, l'alimentazione e l'idratazione.



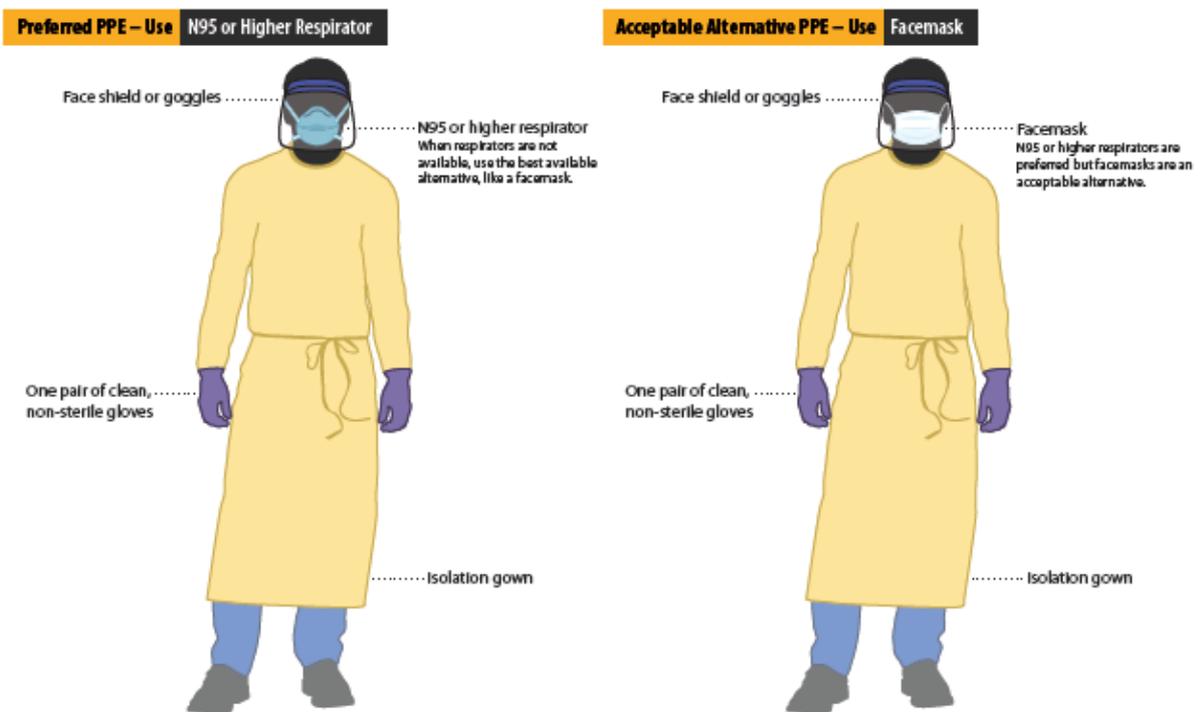
**NON utilizzare la mascherina chirurgica** quando si eseguono procedure in grado di produrre aerosol delle secrezioni come la nebulizzazione di farmaci, l'induzione della tosse o dell'espettorato, l'aspirazione delle secrezioni in una persona che non è in grado di espettorare efficacemente da sola.

**NOTA:** L'Istituto Superiore di Sanità nel documento pubblicato il 28 marzo (ISS, 2020 rev.) afferma che le mascherine chirurgiche (**dispositivi medici opportunamente certificati e preferibilmente del tipo IIR o equivalente**), in grado di proteggere l'operatore che le indossa da schizzi e spruzzi, rappresentano una protezione sufficiente nella maggior parte dei casi. Tuttavia, in contesti assistenziali omologabili a quelli ospedalieri, quali **strutture residenziali ad alta intensità assistenziale**, hospice, ospedali di comunità, e altri contesti domiciliari ove siano concentrati pazienti con COVID-19, **va preso in considerazione l'utilizzo di FFP2**, ove disponibili, anche sulla base di una valutazione del rischio.

**L'attività assistenziale prolungata e/o continuata con pazienti sospetti/probabili/confermati, in via precauzionale è considerata a maggiore rischio**, e come tale, è necessario valutare l'uso dei filtranti facciali FFP2 in base alla disponibilità e in base alla valutazione del rischio della struttura, effettuata dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente.

Filtrante facciale o mascherina chirurgica?

Il CDC e l'ISS (ISS, 2020 rev) raccomandano il filtrante facciale (N95= FFP2/P3): qualora non fosse disponibile, a causa di possibili periodi di carenza, un'alternativa accettabile è rappresentata dalla mascherina chirurgica indossata unitamente alla visiera/schermo protettivo. Rimane tuttavia la raccomandazione di utilizzare il filtrante facciale quando si eseguono procedure in grado di produrre aerosol delle secrezioni come la nebulizzazione di farmaci, l'induzione della tosse o dell'espettorato, l'aspirazione delle secrezioni in una persona che non è in grado di espettorare efficacemente da sola (ECDC, 2020a) .



CS 3161244 07/30/2020

[www.cdc.gov/coronavirus](http://www.cdc.gov/coronavirus)

## PROTEZIONE DEGLI OCCHI

Occhiali o visiera/schermo protettivo



Occhiali di protezione



Visiera/schermo protettivo

Per prevenire l'esposizione della congiuntiva e mucosa oculare al virus, è necessario l'utilizzo di occhiali o di una visiera/schermo protettivo. È importante che gli occhiali si adattino ai contorni del viso e siano compatibili con la semi maschera facciale filtrante.

Gli occhiali protettivi devono coprire gli occhi e i lati del viso.

Gli occhiali personali e le lenti a contatto **NON** sono considerati protezione.

Se sono disponibili quantità insufficienti di occhiali e/o visiere **utilizzare prodotti che possono essere decontaminati**, se disponibili. In caso contrario, prendere in considerazione la decontaminazione e il riutilizzo, consultando le linee guida del produttore. (ECDC, 2020b).

## PROTEZIONE DEL CORPO

Camici monouso idrorepellenti e copricapo



Utilizzare camici monouso a maniche lunghe resistenti all'acqua per attività di assistenza al paziente ad alto contatto che espongono al rischio di trasferimento di agenti patogeni alle mani e agli indumenti dell'operatore sanitario (CDC, 2020).

Se non sono disponibili camici resistenti all'acqua, è possibile utilizzare grembiuli di plastica monouso sopra la divisa per prevenire la contaminazione del corpo (ECDC, 2020b).



È raccomandato l'utilizzo della cuffia in tessuto non tessuto (TNT) per raccogliere e proteggere i capelli/cuoio capelluto.

## Procedure di vestizione svestizione dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) e indicazioni per un utilizzo razionale

Si raccomandano le seguenti azioni, rispettando la sequenza di seguito indicata.

### Preparazione

Predisporre su un piano di appoggio:

1 copricapo

Mascherina chirurgica o semi maschera filtrante facciale FFP2 in specifici contesti assistenziali<sup>8</sup>

visiera o 1 paio di occhiali di protezione

2 paia di guanti monouso in nitrile o vinile

1 camice monouso idrorepellente

Garze pulite

1 vassoio contenitore pulito

1 erogatore con soluzione idroalcolica

1 soluzione disinfettante a base di ipoclorito di sodio (0.1% -0,5%),

### Vestizione

1. Togliere ogni monile e oggetto personale.
2. Praticare l'igiene delle mani con soluzione idroalcolica (30-40 secondi) o con acqua e sapone (40-60 secondi).
3. Indossare sopra la divisa il camice monouso idrorepellente.
4. Indossare il copricapo.
5. Indossare un paio di guanti.
6. Indossare la semi maschera filtrante facciale FFP2/FFP3 senza incrociare gli elastici e modellare lo stringinaso (Figura 1).
7. Indossare la visiera o gli occhiali di protezione.

**Figura 1: INDOSSARE CORRETTAMENTE IL FILTRANTE FACCIALE**



**Corretto**

**Non corretto**

### Svestizione

#### Regole comportamentali

- Evitare qualsiasi contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute.
  - I DPI monouso vanno smaltiti nell'apposito contenitore per materiale infetto categoria B (UN3291) nell'area di svestizione.
  - Decontaminare i DPI riutilizzabili (occhiali o visiera).
1. Rimuovere il camice monouso idrorepellente strappando i lacci in vita e la chiusura posteriore, arrotolarlo dal lato interno e smaltirlo unitamente ai guanti nel contenitore per rifiuti infetti.

<sup>8</sup> Strutture residenziali ad alta intensità assistenziale e/o prolungata esposizione al rischio d'infezione COVID-19 (ISS,2020 rev)

2. Procedere all'igiene delle mani con soluzione idroalcolica o con acqua e sapone.
3. Rimuovere gli occhiali protettivi o visiera e appoggiarli su una superficie.
4. Rimuovere la mascherina chirurgica/ la semi maschera filtrante facciale FFP2 maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirlo nel contenitore per rifiuti infetti.
5. Indossare un nuovo paio di guanti.
6. Impregnare due garze con soluzione disinfettante a base di ipoclorito di sodio (0.1% -0,5%).
7. Sanificare gli occhiali protettivi o visiera e riporli nel vassoio contenitore pulito.
8. Sanificare la superficie con soluzione disinfettante a base di ipoclorito di sodio (0.1% -0,5%).
9. Procedere all'igiene delle mani con soluzione idroalcolica o con acqua e sapone.

Può essere utile un tutorial che illustri la corretta tecnica per vestire e svestire in sicurezza i DPI: si segnala quello proposto dall'Istituto Spallanzani di Roma [https://youtu.be/d76e\\_3diYAE](https://youtu.be/d76e_3diYAE)

L'assistenza attiva di un altro operatore durante la vestizione e la svestizione è un'opzione valida per ridurre al minimo il rischio di contaminazione accidentale.

#### Indicazioni per un utilizzo razionale dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

Per ridurre il consumo improprio ed eccessivo di DPI e prevenire la loro carenza è opportuno che gli operatori evitino di entrare nella stanza in cui sia ricoverato un caso sospetto/acertato di COVID-19 se ciò non è necessario a fini assistenziali.

È anche opportuno considerare di raggruppare le attività e pianificare le attività assistenziali al letto della persona per **minimizzare il numero di ingressi nella stanza** (ad esempio, controllo dei segni vitali durante la somministrazione di farmaci oppure distribuzione del cibo ad opera di un operatore sanitario che deve eseguire altri atti assistenziali) rivedendo l'organizzazione del lavoro al fine di evitare, ripetuti accessi agli stessi e conseguente consumo di DPI (WHO, 2020b).

Di seguito le indicazioni per un uso razionale dei principali DPI:

**FILTRANTE FACCIALE FFP2/FFP3:** purché non sia danneggiato, contaminato o umido può essere utilizzato per un tempo prolungato fino ad un massimo di 4 (ECDC, 2020a, ECDC, 2020b) -6 (ISS, 2020 rev) ore.

**CAMICI IDROREPELLENTI MONOUSO:** in assenza usare i grembiuli monouso.

## ALLEGATO 2 -Procedure per la sanificazione ambientale

In letteratura diverse evidenze hanno dimostrato che i coronavirus, inclusi i virus responsabili della SARS e della MERS, possono persistere sulle superfici inanimate in condizioni ottimali di umidità e temperature fino a 9 giorni (Dosa, 2020). Un ruolo delle superfici contaminate nella trasmissione intraospedaliera di infezioni dovute ai suddetti virus è pertanto ritenuto possibile, anche se non dimostrato.

Allo stesso tempo però le evidenze disponibili hanno dimostrato che i suddetti virus sono efficacemente inattivati da adeguate procedure di sanificazione che includano l'utilizzo dei comuni disinfettanti di uso ospedaliero.

Non vi sono al momento motivi che facciano supporre una maggiore sopravvivenza ambientale o una minore suscettibilità ai disinfettanti sopramenzionati da parte del SARS 2-CoV.

**Pertanto, in accordo con quanto suggerito dall'OMS sono procedure efficaci e sufficienti una pulizia accurata delle superfici ambientali con acqua e detergente seguita dall'applicazione di disinfettanti comunemente usati a livello ospedaliero quali ipoclorito di sodio (0.1% -0,5%), etanolo (62-71%) o perossido di idrogeno (0.5%), per un tempo di contatto pari ad 1 minuto.**

## Protezione degli operatori addetti alla sanificazione ambientale

Il personale addetto alla sanificazione deve essere formato e dotato dei seguenti DPI:

- Mascherina chirurgica
- Camice/grembiule monouso
- Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche)
- Copricapo
- Guanti spessi
- Scarpe da lavoro chiuse

Durante la sanificazione della stanza di degenza il residente deve indossare una mascherina chirurgica, se tollerata e se le condizioni cliniche lo consentono.

**È raccomandata l'igiene delle mani** prima di indossare e dopo aver rimosso i DPI.

## Frequenza della sanificazione

La **stanza di isolamento/ la stanza di degenza dovrà essere sanificata almeno una volta al giorno**, al più presto in caso di spandimenti evidenti e in caso di procedure che producano aerosol, da personale con DPI.

Devono essere implementate la pulizia e la disinfezione 2 volte al giorno dei bagni, dei corrimano del corridoio e del vano scala, dei pomelli delle porte, delle pulsantiere degli ascensori e di tutte le attrezzature (deambulatori, carrozzine) che sono utilizzate dai residenti.

## Attrezzature per la sanificazione

Per la sanificazione ambientale è necessario utilizzare attrezzature dedicate o monouso.

Le attrezzature riutilizzabili devono essere decontaminate dopo l'uso con un disinfettante a base di cloro.

Il carrello di pulizia non deve entrare nella stanza.

### Gestione della biancheria da letto e da bagno

La biancheria deve essere posta in un contenitore dedicato (sacco) etichettato a prova di perdite.

In caso di presenza di feci o vomito sulla biancheria, se possibile raschiarli accuratamente con un oggetto piatto e solido e gettarli nella toilette o nel contenitore designato per lo smaltimento dei rifiuti ospedalieri prima di mettere la biancheria nel contenitore dedicato.<sup>9</sup>

### Gestione dei rifiuti

I rifiuti generati nella cura dei residenti COVID-19 (sospetti o confermati) devono essere trattati ed eliminati come materiale infetto categoria B (UN3291).

### Lavaggio delle stoviglie e degli indumenti del residente

Non è richiesto alcun trattamento speciale per gli indumenti indossati dal residente che dovranno essere rimossi dalla stanza ponendoli in un sacchetto di plastica che va chiuso all'interno della stanza stessa. Gli abiti non devono essere scossi e si consiglia di lavarli con un ciclo completo a una temperatura compresa tra 60 e 90 gradi.

Non sono necessarie stoviglie o utensili da cucina usa e getta: le stoviglie e le posate utilizzate dal residente possono essere lavate in lavastoviglie.

---

<sup>9</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_5373\\_1\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5373_1_file.pdf)

## BIBLIOGRAFIA

AMDA. Strategies for mitigating the emotional impact of COVID-19. <https://paltc.org/>

Centers for Medicare & Medicaid Services. Guidance for infection control and prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in nursing homes. March 13, 2020. <https://www.cms.gov/files/document/qso-20-14-nh-revised.pdf>

CDC Preparing for COVID-19: Long-term Care Facilities, Nursing Homes. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/healthcare-facilities/prevent-spread-in-long-term-care-facilities.html>.

CDCa. Guidance for infection control and prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in nursing homes. March 13, 2020. <https://www.cms.gov/files/document/qso-20-14-nh-revised.pdf>

D'Adamo H, Yoshikawa T, Ouslander JG. Coronavirus disease 2019 in geriatrics and long-term care: The ABCDs of COVID-19. *J Am Geriatr Soc* 2020 doi: 10.1111/jgs.16445. [Published online ahead of print, March 25, 2020]

Dosa D., Jump R.L.P., LaPlante K., Gravenstein S. Long-Term Care Facilities and the Coronavirus Epidemic: Practical Guidelines for a Population at Highest Risk *JAMDA* in press <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.03.004>

ECDC. Guidance for wearing and removing personal protective equipment in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed COVID-19. Stockholm: ECDC; 2020a

ECDC. Personal protective equipment (PPE) needs in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed 2019-nCoV. ECDC: Stockholm; 2020b

ECDC. Novel coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – sixth update – 12 March 2020. Stockholm: ECDC; 2020c.

ISS Gruppo di lavoro Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 28 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.2/ 2020 Rev.)

Gruppo di lavoro Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie. Versione del 16 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.4/ 2020)

Ouslander JG. Coronavirus-19 in geriatrics and long-term care: An update. *J Am Geriatr Soc* 2020 doi: 10.1111/jgs.16464. [Published online ahead of print, April 3, 2020]

Wang C., Horby P.W., Hayden F.G., Gao G.F.: A novel coronavirus outbreak of global concern. *The Lancet* (2020), DOI:10.1016/S0140-6736(20)30185-9

WHO Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020a. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331508>.

WHO. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19): interim guidance, 27 February 2020b. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331215>.

Wu Z, McGoogan JM: Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: Summary of a report of 72,314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA* 2020 Feb 24. doi: 10.1001/jama.2020.2648. [Epub ahead of print]

Yoshikawa TT, Reyes BJ, Ouslander JG. Sepsis in older adults in long-term care facilities: Challenges in diagnosis and management. J Am Geriatr Soc 2019;67:2234–2239

Zou L., Ruan F., Huang M. et al.: SARS-CoV-2 Viral Load in Upper Respiratory Specimens of Infected Patients. N Engl J Med (2020), DOI:10.1056/NEJMc2001737

## SITOGRAFIA

### SITI INTERNAZIONALI

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/novel-coronavirus-china>

[https://www.cdc.gov/niosh/emres/2019\\_ncov.html](https://www.cdc.gov/niosh/emres/2019_ncov.html)

<https://www.thelancet.com/coronavirus>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

### SITI NAZIONALI

<http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>

<https://www.iss.it/coronavirus>

<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/>

<http://www.protezionecivile.gov.it/attivita-rischi/rischio-sanitario/emergenze/coronavirus>

## HANNO COLLABORATO

**Pier Paolo Benetollo** Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento

**Corrado Carabellese** Fondazione Casa di Dio Onlus

**Silvano Corli** Azienda Speciale Comune di Concesio (BS)

**Roberto Franchini** Provincia Religiosa Madre della Divina Provvidenza Opera don Orione

**Gianbattista Guerrini** Fondazione Brescia Solidale Onlus

**Michele Zani** Fondazione Le Rondini Città di Lumezzane Onlus