

Indicazioni operative igienico-sanitarie ed ergonomiche per la gestione del rischio COVID-19 con le persone con disturbi del neuro sviluppo e/o disabilità intellettiva, nelle strutture semiresidenziali, residenziali e negli inserimenti lavorativi

VERSIONE 1 - 5 DICEMBRE 2020

Carla Benassai¹, Tommaso Bellandi², Luigi Vittorio Berliri³, Marco Bertelli⁴, Stefano Cappanera⁵, Filippo Ghelma⁶, Eluisa Lo Presti⁷, Marino Lupi⁸, Nicola Panocchia⁹.

1. Azienda USL Toscana Centro, PASS Empoli
2. Azienda USL Toscana Nord Ovest, Società Italiana di Ergonomia e fattori umani
3. Cooperativa Sociale Spes Contra Spem - Roma
4. CREA (Centro Ricerca e Ambulatori), Fondazione San Sebastiano, Misericordia di Firenze - Firenze
5. AOUP Santa Maria - Terni
6. ASST Santi Paolo e Carlo - DAMA (Disabled Advanced Medical Assistance) - Milano
7. Azienda USL Toscana Nord Ovest, PASS Toscana
8. Medicina Generale - Azienda USL Toscana Centro
9. Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, IRCCS - Roma

Sommario

1. Premessa	Pag. 5
2. Metodi	Pag. 7
3. Indicazioni generali per la prevenzione delle infezioni negli ambienti extra ospedalieri	Pag. 8
4. Strutture semiresidenziali (centri diurni)	Pag. 10
5. Strutture residenziali	Pag. 16
6. Inserimenti lavorativi	Pag. 24

Acronimi e abbreviazioni

ASMeD: Associazione per lo Studio dell'assistenza Medica alla persona con Disabilità

DAMA: Disabled Advanced Medical Assistance

DNS: disturbi del neurosviluppo

DVR: documento di valutazione dei rischi

MMG: Medico di medicina generale

PASS: Percorsi Assistenziali per Soggetti con bisogni Speciali

SARS-CoV2: severe acute respiratory syndrome Coronavirus 2

UVMD: unità di valutazione multidimensionale – disabilità

USCA: Unità speciali di continuità assistenziale

Definizioni

Ospedale DAMA/PASS: ospedale in cui in cui sono presenti servizi ambulatoriali e di ricovero con percorsi diagnostico-terapeutici adattati ai bisogni e alle caratteristiche delle persone con disabilità intellettive (gravi problemi di comunicazione e collaborazione) e/o fisiche, che di norma avrebbero difficoltà ad accedere ai servizi sanitari concepiti e organizzati per la popolazione generale "normodotata".

ASMeD: Associazione costituita da medici, infermieri e da quegli operatori sanitari che nell'ambito della professione si occupano della cura e dell'assistenza alle persone con disabilità, con lo scopo di mettere in atto tutte le azioni utili e necessarie a garantire il diritto alla salute e l'accesso alle cure delle persone con disabilità, sanciti dalla Costituzione italiana, dalla Convenzione ONU sui diritti delle Persone con disabilità e declinato nella Carta dei Diritti delle persone con disabilità in ospedale, promuovendo la ricerca e il confronto sulla medicina e sull'organizzazione sanitaria finalizzate alle cure e all'assistenza delle persone con disabilità, con particolare riferimento a quelle con marcate difficoltà cognitive, comunicative e/o neuromotorie, nonché persone con disabilità sensoriali.

Il principio fondante dell'assistenza medica alle persone con disabilità è quello della medicina e del nursing centrati sul paziente e sulla personalizzazione delle cure e adattati, secondo il principio degli "accomodamenti ragionevoli" alle caratteristiche delle persone con disabilità - sempre con particolare riferimento alle forme sopra indicate-, che costituiscono le fondamenta del modello organizzativo DAMA - "Disabled Advanced Medical Assistance".

USCA: team costituito da medico e infermiere, istituito per la gestione dei pazienti Covid-19 sul territorio, in affiancamento ai medici di medicina generale (DECRETO-LEGGE 9 marzo 2020, n. 14 *Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza Covid-19*)

Elenco allegati

Allegato 1. Promemoria per l'access point

Allegato 2. Check list identificazione caso sospetto Covid-19

Allegato 3. Scheda di sorveglianza sintomi Covid-19

Allegato 3a. Scheda di sorveglianza sintomi Covid-19 nei centri diurni

Allegato 3b. Scheda di sorveglianza sintomi Covid-19 nelle strutture residenziali

Allegato 4. Format pianificazione visite in sicurezza di familiari/conoscenti

Allegato 5. Diario quotidiano

Allegato 6. Format pianificazione uscite dalla struttura

Allegato 7. Autocertificazione di adozione protocollo aziendale anti – contagio

1. PREMESSA

Il lavoro che segue parte dal presupposto antropologico e filosofico (tutta la scienza parte da presupposti antropologici e filosofici, altrimenti sarebbe solo tecnica!) che tutte le Persone abbiano diritto a una vita dignitosa e ricca. Oltre ad essere un convincimento di chi scrive, è scritto nella Carta Costituzionale, recentemente richiamata dal Presidente della Repubblica.

Il Presidente Mattarella, infatti, citando la Costituzione ha affermato: "La nostra Costituzione, all'articolo 3, richiede alla Repubblica di rimuovere gli ostacoli allo sviluppo della personalità...": [ndr: Art3 Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale [...]. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana] "...è un'applicazione dei doveri di solidarietà indicati dall'articolo 2 della Costituzione. Nessuno può essere abbandonato di fronte alle difficoltà. La nostra bella Italia se perdesse - o anche soltanto se attenuasse - il senso della solidarietà e del rispetto di ogni persona tradirebbe i suoi valori e la sua storia. Questo non avverrà."¹

*Il diritto alla salute e alla cura è garantito inoltre dall'articolo 32 della costituzione italiana e dall'articolo 25 delle **Convenzione delle Nazioni Unite** sui diritti delle persone con disabilità. La Convenzione della Nazioni Unite inoltre indica gli strumenti che devono essere impiegati nelle scelte politiche e amministrative per garantire i diritti delle persone con disabilità su base di eguaglianza con gli altri.*

*È quindi un dovere di giustizia da parte della società mettere in grado le persone con disabilità di essere curate su una base di eguaglianza e non discriminazione. È sottolineato nella **Carta dei diritti delle persone con disabilità**, che traduce i diritti contenuti nella **Carta europea dei diritti del malato** nelle esigenze delle persone con disabilità.*

Allo stesso principio nel suo ultimo documento si è richiamato Papa Francesco che nell'ultima enciclica fa riferimento alla "inalienabile dignità di ogni persona umana"²

Ogni persona è diversa, non si possono immaginare standard identici per tutti. La medicina per un neonato non ha gli stessi standard di quella per un anziano. Sembrerebbe ovvio. Una persona con disabilità ha, come cittadino, i medesimi diritti, tra cui il diritto alla cura, degli altri cittadini. Ma per godere dei medesimi diritti non si possono avere le medesime cure. È profondamente ingiusto "far parti uguali tra diseguali"³.

Le persone con disabilità non hanno diritti speciali, hanno gli stessi diritti di tutti, ma hanno necessità di strumenti speciali per poter usufruire di questi diritti.

È sempre più necessario pensare a una medicina "su misura".

*A questo proposito, assumono particolare importanza due principi sanciti dalla citata **Convenzione delle Nazioni Unite**, la progettazione universale e l'accomodamento ragionevole: quest'ultimo stabilisce che lo stato firmatario ha l'obbligo di porre in essere "le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali.*

Non è necessario stravolgere tutto: siamo profondamente convinti, e la pratica clinica di tantissimi anni ce lo conferma, che sia necessario cambiare paradigma. E che questo sia possibile, che costi poco e che giovi molto. In questo periodo Covid, in cui tutto il mondo sta ripensando alle sue relazioni, e in cui la medicina si sta profondamente interrogando sulle risposte e sta di nuovo scoprendo la sua non onnipotenza, ma la possibilità e il dovere di cercare risposte nuove, vogliamo provare a dare un contributo. Per dire che si possono curare pazienti con disabilità, i più complessi, che "si può fare". A certe condizioni.

¹ Sergio Mattarella, Castelporziano, settembre 2019

² Lettera enciclica FRATELLI TUTTI del Santo Padre Francesco Sulla fraternità e l'amicizia sociale, 2020, 39

³ Lorenzo Milani, 1967

La prima condizione è, come è prassi da sempre, il riconoscersi non onnipotenti. La seconda è sapere di essere relazione. E in relazione con altri. E quindi lo scambio con altri professionisti più esperti. Noi questo sappiamo fare. E bene. E vogliamo offrire alcune indicazioni pratiche e alcuni spunti di riflessione.

Perché, ad esempio, per curare un bambino nessun ospedale, in tutta Italia, mette in dubbio che uno dei due genitori non solo possa, ma debba stare al suo fianco, e quando si tratta di ricoverare una persona con grave disabilità, che pure ugualmente ha bisogno di supporto emotivo, pratico, da un caregiver, nessuno sa cosa fare?

E cosa fare adesso, con il Covid, in cui è obbligatoria una distanza fisica, in cui occorre indossare una serie di presidi, per le persone con disabilità? Il caregiver che gli è a fianco, a quali condizioni può essere una risorsa per l'ospedale e per la persona stessa?

E nelle strutture residenziali, come distinguere e proporre metodologie "appropriate" per RSA, per anziani, per persone con disabilità? Non si possono di certo omologare tutti. Né fare regole uguali per tutti che servano solo a scaricare le responsabilità di chi applicandole poi possa dire "ho applicato il protocollo". Come fare per non segregare molte persone che avrebbero bisogno, a certe condizioni, di relazioni importanti?

Il documento che segue prova a proporre alcune soluzioni e alcune piste di riflessione.

Perché la responsabilità di ciascuno di noi, ne siamo convinti, non inizia e non finisce in un protocollo, ma inizia e finisce dietro domande esistenziali profonde, che devono certo ispirare protocolli e buone prassi. Le domande sono: "dove sono? Verso dove vado? Chi sono gli altri per me?" ovvero: questo protocollo, se applicato, cosa produce? Produce salute, benessere? A chi? A me o alla persona di cui mi devo prendere cura? "in che modo"? questa ultima è la domanda delle domande. In che modo? Cure appropriate. Risposte diverse, ragionevoli accomodamenti, da costruire nei contesti in cui ci si trova. Significa che posso effettuare il tampone in sedazione a coloro che non potrebbero farlo diversamente, oppure che dovrò sperimentare e trovare soluzioni diverse e raccomandare pratiche diverse (tampone salivare, ad esempio), ricercando attivamente di avere a disposizione il test a minore invasività possibile e sempre il migliore adattamento per il singolo individuo rispetto a quanto disponibile. Significa che se ho un posto libero in reparto ricovero il caregiver assieme alla persona con disabilità sospetto covid. Ma che se non lo ho trovo una poltrona letto e la sistema vicino e creo le condizioni di sicurezza per tutti. Significa che anziché imporre regole, possiamo coinvolgere le persone per educare al comprenderle, giocando a lavarsi le mani dopo averle immerse nel cioccolato, danzando il tango a un metro di distanza ed immaginando di essere la Banda Bassotti quando si indossa la mascherina. Se rimettiamo al centro le persone e attorno ai più fragili costruiamo le risposte, gli ambienti di vita e di cura, i protocolli e le prassi (che di seguito proponiamo) verranno di conseguenza.

In conclusione

- I pazienti con disabilità hanno diritto a ricevere le cure più adeguate alle loro necessità e al loro stato di salute, su base di eguaglianza con gli altri.
- I pazienti con disabilità non devono subire discriminazioni per la loro condizione di disabilità.
- È necessario che i bisogni delle persone con disabilità siano rappresentati negli organi decisionali per la gestione della pandemia, a livello regionale e nazionale
- Il principio delle residenzialità a misura di persona, di nucleo familiare, dovrebbe essere un elemento fondante nella gestione del rischio da contagio Covid-19, avviando così tutte le riorganizzazioni possibili nel breve e medio periodo, seguite da una riforma generale nel lungo periodo.
- I principi e metodi ergonomici del *design for all* - progettazione universale dovrebbero guidare gli interventi di progettazione, riprogettazione e accomodamento degli ambienti di vita e di cura, degli arredi, degli oggetti d'uso quotidiano in modo tale da

valorizzare le funzionalità fisiche, cognitive e relazionali della persona con disabilità, riducendo al minimo le disabilità prodotte dall'interazione difficile con elementi di un sistema ancora regolato in larga misura da standard pensati per l'utente medio

- Le persone con disabilità, **nella prevenzione**, così come **nei percorsi clinici**, diagnostico terapeutici, hanno il diritto di vedere applicato il **principio dell'accomodamento ragionevole**. Tra questi rientrano:
 - adottare il **principio della prevenzione di comunità**: l'adattamento richiesto è l'applicazione tutte le misure di sorveglianza sanitaria e di screening alle persone che vivono con e intorno alle persone con disabilità;
 - esecuzione di test, di provata affidabilità, che comportino una minor invasività ed una maggiore tolleranza (salivare, nasale superficiale), in sostituzione del tampone nasofaringeo e in caso di indisponibilità, adottare procedure di prevenzione adattate descritte nel testo;
 - presenza di accompagnatore durante la degenza ospedaliera;
 - rendere possibili le visite dei familiari nelle residenze;
 - rendere possibili le uscite delle persone con disabilità dalla residenza, nel rispetto delle misure di prevenzione necessarie;
 - rendere possibili le normali attività delle persone con disabilità, alla stregua della popolazione generale;
 - rafforzare l'accessibilità fisica e cognitiva agli ambienti di vita in comunità e di cura,
 - organizzare uno spazio vitale per le relazioni negli ambienti in cui viene prestare l'assistenza in caso di contagio da Sars-CoV-2 in condizioni asintomatiche e sintomatiche
- Sarà necessario dare priorità alle persone con disabilità residenti nelle RSD, nelle case famiglie e agli operatori, nella somministrazione del vaccino quando disponibile.

2. METODI

Il documento è stato redatto da professionisti membri dell'**Associazione per lo Studio dell'Assistenza Medica alla persona con Disabilità (ASMeD)** e della **Società Italiana di Ergonomia e Fattori Umani**, sulla base della propria esperienza professionale durante la gestione della pandemia da SARS-CoV-2, nell'adattamento delle misure di prevenzione del contagio alle persone con disturbi del neurosviluppo e/o disabilità intellettiva. Il principio informatore del lavoro è quello degli "accomodamenti ragionevoli"⁴, che guida gli operatori sanitari dell'ASMeD nella pratica clinica rivolta alle persone con disabilità, in particolare negli ospedali in cui sono presenti servizi DAMA/PASS.

Il principio degli accomodamenti ragionevoli deve essere parimenti applicato alla prevenzione, anche nella complessità del contenimento del contagio durante una pandemia: *la prevenzione deve essere adattata alle persone con disabilità intellettiva.*

L'obiettivo del documento è quello di descrivere buone pratiche utili a prevenire il contagio nelle strutture semiresidenziali e residenziali, tenendo in equilibrio il diritto alla salute fisica con il diritto alla salute psichica che deriva dalla possibilità di condurre una vita quanto più possibile simile a quella della popolazione generale.

Nel rispetto del dettato normativo e delle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità⁵ si è ritenuto necessario distinguere le indicazioni di prevenzione nelle residenze per persone con disabilità rispetto alle residenze sanitarie assistenziali per anziani, a differenza di quanto fatto

⁴ Cit. da art. 2 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, 13 dicembre 2006; ratificata in Italia con L. n.18 del 3 marzo 2019

⁵ Osservatorio Nazionale Autismo ISS. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2

in molti documenti nazionali e regionali che hanno per oggetto solo le "strutture socio-sanitarie".

Le indicazioni fornite in questo documento sono riferite agli scenari epidemiologici codificati dal Ministero della Salute nel documento *"Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale"* del 13 ottobre 2020, descritti nella tabella 1.

Tabella 1.

Scenario	Descrizione	Rt
1	trasmissibilità localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto al periodo luglio-agosto 2020	Rt sopra soglia per periodi <1 mese
2	trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario	$1,25 < Rt < 1$
3	trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario	$1,5 < Rt < 1,25$
4	trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario	$Rt > 1,5$

Il presente documento è stato ottenuto attraverso un processo Delphi, preceduto da una mappatura della letteratura internazionale (da marzo 2020 a novembre 2020) e dei documenti nazionali e regionali sull'argomento. Una mappatura sistematica della letteratura si differenzia da una revisione sistematica per l'ampiezza dell'area della ricerca, le domande e i limiti dei dati estratti. Successivamente il "facilitatore" del processo Delphi ha costituito un gruppo di esperti al quale ha sottoposto una sintesi dei documenti esaminati e un elenco di domande orientate alla loro modifica e integrazione. Gli esperti sono stati selezionati sulla base delle conoscenze che potevano fornire attraverso opinioni e punti di vista. Le risposte dei membri del gruppo sono state raccolte e analizzate dal "facilitatore", che ha identificato punti di vista comuni e divergenti. Il processo si è esteso, attraverso un sistema di tesi e antitesi, per tre round, alla fine dei quali sono stati raggiunti risultati stabili.

In considerazione del rapido evolversi della situazione, dell'aggiornamento delle conoscenze sulla prevenzione e gestione del rischio da Covid-19 e della pubblicazione di nuovi atti normativi, il presente documento potrà essere aggiornato periodicamente. I contenuti degli aggiornamenti verranno ottenuti sempre attraverso processi Delphi.

3. INDICAZIONI GENERALI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI INFEZIONE NEGLI AMBIENTI DI VITA COMUNITARI

Le persone con disturbi del neurosviluppo e/o disabilità intellettiva, si trovano a trascorrere molto tempo della loro vita in ambienti comunitari:

- centri diurni (strutture semiresidenziali)
- strutture residenziali: residenze sanitarie per disabili, istituti di riabilitazione comunità alloggio protette, casa famiglia, luoghi collettivi di vita con altre denominazioni
- attività educative per l'acquisizione di autonomie
- inserimenti lavorativi.

Per tutte queste situazioni e simili, possono essere date alcune indicazioni generali per la prevenzione del rischio d'infezione da Coronavirus, descritte di seguito, da contestualizzare nei singoli ambiti.

- **Dare informazioni** volte a sostenere e verificare l'adozione dei comportamenti per la prevenzione delle infezioni da parte del personale, dei residenti e dei visitatori.
- Allestire un **access-point** per lo screening all'ingresso, secondo le indicazioni contenute nel promemoria (allegato 1).
- Utilizzare la **mascherina chirurgica** durante lo svolgimento delle attività assistenziali ed educative in ambiente chiuso o quando non è possibile rispettare la distanza fisica di 1 metro, ferma restando quanto disposto dall'art. 3, comma 2, del DPCM 26 aprile 2020 "**Non sono soggetti all'obbligo i bambini al di sotto dei sei anni, nonché i soggetti con forme di disabilità non compatibili con l'uso continuativo della mascherina** ovvero i soggetti che interagiscono con i predetti";

- **In tutti i casi in cui le persone con disabilità non tollerino la mascherina o comunque non ne facciano uso corretto, gli operatori e gli altri ospiti, dovranno indossare le mascherine FFP2, con particolare raccomandazione durante gli scenari epidemiologici 3 e 4.**
- **Uno strumento utile sono le mascherine trasparenti** (certificate come dispositivi medici), che permettono agli operatori di continuare a lavorare in sicurezza mantenendo un contatto mimico-facciale; in alternativa utilizzo di mascherine in tessuto con disegni per bambini da indossare sopra alle mascherine chirurgiche in modo da trasformarle in uno strumento ludico.

- **Evitare** strette di mano, baci e abbracci senza le protezioni individuali o barriere ambientali;
- Garantire la possibilità di **lavarsi le mani**, in particolare dopo l'utilizzo del bagno e prima di mangiare: lavaggio con acqua e sapone e asciugatura con salvietta monouso o frizione con soluzione idroalcolica (lavaggio mani sapone e lavaggio mani gel idroalcolico: <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioMaterialiNuovoCoronavirus.jsp>)
- Osservare il **galateo della tosse**: tossire e starnutire coprendo naso e bocca usando fazzoletti o nella piega del gomito; i fazzoletti devono essere di carta e devono essere smaltiti in appositi imballaggi come da normativa ("galateo della tosse" https://www.ars.toscana.it/images/qualita_cure/coronavirus/proteggi_te_e_gli_altri_dalla_diffusione_dei_germi.pdf)
- **Evitare di condividere oggetti** con altri, come asciugamani, salviette e lenzuola, piatti, bicchieri, posate, etc.
- Utilizzare **promemoria visivi** (poster, cartelli e volantini istituzionali) **e vocali** (ricordare a voce i comportamenti da seguire più volte nell'arco della giornata) per sostenere quotidianamente i comportamenti per la prevenzione delle infezioni (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_443_2_alleg.png)
- **i messaggi finalizzati alla prevenzione devono essere trasmessi utilizzando strumenti di comunicazione aumentativa alternativa, quando utile** (es. <http://istruzioneer.gov.it/wp-content/uploads/2020/03/Guida-CAA-Nuovo-Coronavirus-def.pdf>)
- Evitare assembramenti e, anche nelle attività di socializzazione, **mantenere la distanza** di almeno un metro tra partecipanti ogni volta in cui è possibile, favorendo la consapevolezza dello spazio intimo e personale in cui è necessario limitare i contatti, rispetto a quello sociale e pubblico, anche mediante simulazioni o giochi di ruolo
- Adottare uno specifico protocollo per la **sorveglianza sanitaria** degli operatori in caso di contatto con persone risultate positive al Covid-19, in base alle norme vigenti
- **Conoscere i segni e sintomi** attribuibili al Covid-19 (tosse, difficoltà respiratoria, diarrea, disturbi del gusto o dell'olfatto, febbre > 37,5) ed informare il personale e gli ospiti collaboranti sui comportamenti da tenere in caso di comparsa degli stessi

- Promuovere la **formazione** e la responsabilizzazione degli utenti e degli eventuali operatori accompagnatori sul rispetto delle norme anti Covid-19, fondamentale affinché gli stessi non diventino sorgenti di infezione nella catena di trasmissione
- Consigliare a operatori e ospiti (che utilizzino lo smartphone) di **scaricare l'applicazione ministeriale Immuni**, con la richiesta di utilizzarla come strumento ulteriore di sorveglianza per la comunità della RSD/CAP

- Ricercare in modo attivo potenziali casi tra residenti e operatori:
 - monitorare quotidianamente la comparsa o aggravamento di segni e sintomi attribuibili al Covid-19 nei residenti, registrando i controlli quotidiani nella scheda di sorveglianza Covid-19 (allegato 3), che deve essere conservata nella documentazione personale, segnalando tempestivamente al Medico di Medicina Generale (MMG) qualsiasi nuova rilevazione
 - valutare le condizioni delle persone assistite che rientrano a seguito di uscite, ricovero e nei nuovi ingressi, che sono comunque sottoposti a valutazione del rischio da parte dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) come descritto nel paragrafo 5.2

- Applicare rigorosamente le **precauzioni** per la prevenzione di malattie trasmesse per contatto e droplets nell'assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di Covid-19 come indicato nel paragrafo 5.2.
- Utilizzare in modo appropriato i dispositivi di protezione individuali (**DPI**) secondo il tipo di esposizione e con particolare attenzione al cambio dei DPI tra un residente e l'altro (in particolare dei guanti, con adeguata igiene delle mani) e alla corretta esecuzione delle procedure di vestizione e svestizione (allegato 8).
- **Sanificazione ambientale:** pulizia frequente (almeno due volte al giorno) con acqua e detersivi seguita da disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5% (equivalente a 5000 ppm) per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e bagni, allo 0,1% (equivalente a 1000 ppm) per le altre superfici; prestare particolare attenzione alle aree comuni: aerazione frequente dei locali, 5 -10 minuti ogni circa due ore disinfezione con alcool etilico al 70% dei dispositivi di cura o attrezzature riutilizzabili.
- applicare sistematicamente le precauzioni standard per l'assistenza: igiene delle mani e respiratoria, utilizzo di dispositivi di protezione individuale appropriati (in relazione alla valutazione del rischio con particolare attenzione al cambio tra un ospite e l'altro), buone pratiche di sicurezza nell'utilizzo di presidi/dispositivi medici, smaltimento sicuro dei rifiuti, gestione appropriata della biancheria, pulizia ambientale e sanificazione/sterilizzazione delle attrezzature utilizzate per l'ospite.
- Qualora i visitatori si presentino con una mascherina FFP2/3 con valvola, deve essere rimossa e sostituita con mascherina chirurgica o FFP2 senza valvola. Lo stesso in caso di DPI non adeguati (es mascherine in stoffa).

4. INDIRIZZI PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO COVID-19 NELLE STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI (CENTRI DIURNI)

4.1 Referente qualità e sicurezza

Ogni Centro individua un referente per la Qualità e Sicurezza (QeS)⁶, che svolge le attività previste dalla normativa nazionale, regionale e dalle buone pratiche per la prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) ed in particolare del Covid-19. Il referente QeS, che deve essere adeguatamente formato e addestrato, ricerca la collaborazione con il dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria e lavora con il medico competente del proprio ente.

4.2 Allestimento dei locali e sanificazione degli ambienti

Preliminarmente alla riattivazione dei centri semiresidenziali, dopo il lock down occorre procedere a:

- rivedere l'allestimento degli ambienti e degli arredi, con il fine di garantire il corretto distanziamento fisico di mt. 1,5 (es. collocazione tavoli, spazi di gioco e laboratorio) anche in considerazione delle nuove modalità di utilizzo;
- riorganizzare i percorsi interni per evitare possibili assembramenti;
- sanificare gli ambienti, arredi, giochi, carrozzine, deambulatori e ogni altra superficie/attrezzatura, dopo averli puliti, con disinfettanti per superfici contenenti alcol al 70% - etanolo - oppure a base di ipoclorito di sodio allo 0,5%.

4.3 Attivazione e gestione dell'access point: ingresso ospiti nella struttura

Ogni struttura individua un unico accesso al centro, denominato "access-point" (allegato 1. "Promemoria access-point"), per operatori, ospiti, visitatori.

Un operatore all'ingresso indossa mascherina chirurgica e guanti e misura la temperatura corporea, a ciascuna persona che entra in struttura (se questo non è già stato fatto prima dell'arrivo sul mezzo di trasporto). Se questa risulterà superiore ai 37,5°, non sarà consentito l'accesso.

All'access-point deve essere allestita una postazione con gel o soluzione idroalcolica, fazzoletti monouso e la cartellonistica per la prevenzione delle infezioni, oltre ad una piccola scorta di mascherine chirurgiche.

La mascherina è richiesta soltanto a coloro che sono in grado di sostenerne l'utilizzo.

Qualora l'utente o il visitatore si presenti con una mascherina FFP2/3 con valvola, deve essere rimossa e sostituita con mascherina chirurgica o FFP2 senza valvola. Lo stesso in caso di dpi non adeguati (es mascherine in stoffa).

4.4 Modalità di accompagnamento

L'accompagnamento degli ospiti presso la struttura e da questa a domicilio deve avvenire nel rispetto delle distanze fisiche: se trattasi di mezzi tipo pulmino andranno segnalati chiaramente i posti che non devono essere occupati. L'accompagnatore presente sul mezzo sorveglia il rispetto della distanza.

⁶ Osservatorio Nazionale Autismo ISS. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 28 ottobre 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev. 2.); pag 14

All'interno dei mezzi di trasporto devono essere utilizzate le mascherine chirurgiche, se tollerate, oltre a essere disponibili gel o soluzione idroalcolica e fazzoletti. Se la persona con disabilità non tollera la mascherina chirurgica, dovrà sedere in un posto circondato da posti vuoti, in maniera da garantire la distanza fisica di almeno 1,5 m, preferibilmente 2 m⁷ ed evitare contatti con altre persone durante il viaggio.

L'operatore che accompagna le persone con disabilità deve essere dotato di termoscan e, prima di far salire la persona sul mezzo invita a eseguire l'igiene delle mani e misura la temperatura corporea. Se questa risulterà superiore ai 37,5°, non sarà consentito l'accesso sul mezzo.

Ogni altra modalità di trasporto che riduca il numero di contatti è ovviamente da intraprendere: mezzi più piccolo, accompagnamento da parte delle famiglie o degli operatori dello stesso centro diurno.

4.5 Criteri sanitari di accesso alle attività del centro diurno

Distinguiamo le casistiche secondo che la persona abbia avuto un ricovero in ospedale o meno.

- Nel caso della persona che deve essere riammessa alla frequentazione del centro diurno dopo un periodo di assenza superiore a una settimana **che non ha avuto alcun ricovero**: viene effettuata un'approfondita valutazione sulla presenza dei criteri clinici ed epidemiologici del caso sospetto Covid-19, mediante l'applicazione della check-list caso sospetto (allegato 2), per escludere la probabilità che acceda una persona con sospetto Covid-19. Infatti è necessario impedire l'ingresso a persone che presentino sintomi d'infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di Covid-19 sospetti o confermati negli ultimi 14 giorni.
- **Nel caso di paziente con COVID-19 (risultato positivo alla ricerca di SARS-CoV-2 e che avuto sintomatologia)** che esce dal percorso ospedaliero, di riabilitazione o cure intermedie o comunque dopo malattia a domicilio, **prima dell'accesso presso il centro diurno deve essere guarito clinicamente** e con referto di laboratorio negativo per Sars-CoV-2 (1 tampone negativo eseguiti dopo almeno 3 giorni di assenza dei sintomi)⁸.
- La **persona asintomatica** risultata **positiva** alla ricerca di SARS-CoV-2 può rientrare al centro dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con risultato negativo (10 giorni + test).
- **Il paziente no-COVID** che esce dal percorso ospedaliero, può accedere al centro diurno senza ulteriori giorni di convalescenza a domicilio: tutti i pazienti ricoverati nelle aree ospedaliere no-Covid-19 sono risultati negativi al tampone al momento del ricovero e della dimissione e sono stati trattati nel rispetto delle misure igieniche e delle buone pratiche di prevenzione del rischio infettivo, rafforzate proprio per fronteggiare l'emergenza Covid-19. Se non è previsto dalle indicazioni regionali o territoriale, richiedere che prima della dimissione dall'ospedale il paziente sia sottoposto al tampone di controllo, se ben tollerato dal paziente, a garanzia di maggiore cautela prima di reinserire la persona nel contesto comunitario della struttura semiresidenziale.

4.6 Modalità di riorganizzazione delle attività

⁷ COVID-19 Rail Protocol Recommendations for safe resumption of railway services in Europe Version 1.4 Date: 21 July 2020, pag. 8

⁸ Circolare ministeriale 32850-12/10/2020 COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena.

Per ciascuna persona con disabilità, da parte dei servizi territoriali di zona, in raccordo con i gestori, deve essere prevista una **verifica del programma individuale di attività e una sua eventuale rimodulazione**.

Nella rimodulazione delle attività, in particolare quelle finalizzate alla socializzazione, è richiesta una nuova progettualità che consenta di attivare programmi e interventi terapeutici-riabilitativi individuali e di gruppo che possano incidere sul benessere psico-sociale della comunità di riferimento, consentendo contestualmente di ampliare l'offerta di attività, anche utilizzando spazi aperti pubblici o spazi chiusi alternativi a quelli utilizzati usualmente (ad es. appartamenti) nonché attività alternative che consentano di differenziare quanto più possibile i luoghi frequentati, così da garantire il servizio ai fruitori.

Scenari 1 e 2

- **Costituire piccoli gruppi di persone con DNS e operatori, le cosiddette micro - comunità, per ottenere una forte riduzione del rischio di diffusione in caso di contagio**, oltre ad avere un probabile miglioramento delle attività educativo-abilitative. Ad esempio il reperimento di appartamenti da affittare per utilizzarli per le attività del centro diurno, ampliando così le possibilità di spazio e anche di tipologia di attività (educazione all'autonomia domestica) potrebbe dare l'opportunità di sperimentare le micro - comunità.
- Rimodulare l'intervento riabilitativo con modalità congrue alle prescrizioni imposte dalla emergenza sanitaria e dall'analisi dei bisogni e, soprattutto delle competenze emerse durante il monitoraggio svolto nella prima fase dell'epidemia. Tali valutazioni sono effettuate dalla UVMD o da un rappresentante della stessa, tenendo conto del **Progetto individuale (o personalizzato)** della persona.

Scenario 3

Nello scenario 3 è probabile una riduzione delle attività a causa dell'elevata circolazione del virus, sia per fattori limitanti (carenza di personale perché contagiato, timore delle persone con disabilità o delle famiglie a frequentare le attività sociali, ecc.) o per coerenza con le restrizioni che riguardano tutta la popolazione. In questo scenario è opportuno che siano attuate le seguenti azioni:

- rivalutazione da parte dall'UVMD o dell'équipe che segue la persona con disabilità e prevedendo attività complementari e alternative, compresi interventi domiciliari e l'utilizzo di strumenti telematici, a completamento dell'orario di frequentazione abituale;
- elaborare il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato per ogni persona, con la definizione di obiettivi coerenti con le limitazioni conseguenti alle misure di prevenzione indicate in questo protocollo;
- condividere obiettivi finalità e azioni con il paziente e/o la famiglia;
- **programmare possibilità di accessi al domicilio da parte di operatori della struttura, con priorità secondo i bisogni individuali;**
- disporre, ove possibile, la prosecuzione e/o la attivazione di **interventi con strumenti telematici**, definendo i contenuti degli interventi medesimi con flessibilità oraria e giornaliera.

Nello scenario 3, per quanto riguarda le **attività terapeutiche**, è consigliabile che per ogni paziente, salvo motivazioni strettamente individuali, il trattamento al centro/ambulatorio non venga ridotto oltre la metà delle ore previste prima dell'emergenza.

Le attività da sviluppare sono:

- valutare preventivamente il numero dei pazienti per i quali non sia in alcuna misura attuabile il rispetto della distanza prevista dalle misure di prevenzione o non ci sia la compliance necessaria nell'indossare la mascherina, ipotizzando una più significativa riduzione dell'orario di frequenza del servizio e conseguente incremento degli interventi terapeutici domiciliari;
- **per i bambini**, prevedere la possibilità di compresenza di uno dei genitori che faccia da mediatore verso il bambino per l'effettuazione delle attività terapeutiche proposte dagli operatori. Questo, permetterebbe anche di amplificare gli effetti del trattamento, formando il genitore e fornendogli strategie operative in modo più diretto di quanto sia possibile in condizioni di normalità;
- prevedere un incremento **dell'assistenza domiciliare direttamente proporzionale alla riduzione del trattamento in presenza presso il centro diurno/ambulatorio**, sulla base delle esigenze di abilitazione e proporzionalmente alle necessità di supporto che ha la persona con DNS/disabilità intellettiva;
- attivare un pacchetto di ore di assistenza domiciliare (diretta o indiretta) non superiore a quanto necessario per garantire la copertura dell'orario di frequenza pregressa al centro diurno;
- prevedere interventi straordinarie di supporto psicologico alla persona con DNS/disabilità intellettiva e alla famiglia e/o di assistenza familiare per mitigare gli effetti possibile di stress da lock down;
- prevedere la somministrazione della terapia farmacologica a domicilio, nei casi di scarsa compliance.

Scenario 4

Nello scenario 4 sarà necessario convertire tutte le attività in interventi domiciliari, sia terapeutici sia di assistenza.

Nella realistica impossibilità di coprire tutti gli interventi terapeutici e assistenziali a domicilio, dovrà essere realizzata una stratificazione del livello di bisogno, definito **livello di intensità di monitoraggio e assistenza** sulla base di una valutazione che comprenda sia le necessità clinico- assistenziali individuali che le caratteristiche del supporto offerto dal caregiver e del contesto ambientale di vita del paziente.

Tale modello prevede la realizzazione di un planning individuale, delle visite domiciliari e degli interventi con modalità ICT, su cui riportare il diario clinico – assistenziale (prestazioni e valutazioni), da integrare alla cartella sanitaria, nella logica di un servizio individualizzato, che eviterebbe il rischio, peraltro già corso, di una standardizzazione degli interventi richiesti.

4.7 Modalità operative per la fruizione del servizio: permanenza nella struttura

È necessario organizzare le attività di animazione e socio - educative prevedendo piccoli gruppi rispettando la distanza di sicurezza prevista dalle disposizioni vigenti e rimodulare gli spazi e postazioni di lavoro nell'ottica del distanziamento sociale.

- Assicurare l'adeguata ventilazione degli spazi comuni.
- Evitare di far introdurre oggetti personali, se non indispensabili.
Utilizzare strumenti di materiale sanificabile dopo ogni utilizzo (es. evitare peluche, stoffa, etc).
- Evitare di condividere oggetti con altri ospiti, come asciugamani, salviette, lenzuola, piatti, bicchieri, posate privilegiando, quando possibile, l'utilizzo del monouso.

- Laddove, a fronte di una tipologia di utenza con elevata complessità assistenziale, sia impossibile il lavoro in gruppo nel rispetto delle misure sopra richiamate, si deve adottare una modalità di interazione ospite-operatore in rapporto di 1 a 1.
- In merito alla gestione dei pasti, dovranno essere messe in atto misure che consentano di ridurre al minimo la compresenza degli utenti nei locali adibiti a mensa, prevedendo una turnazione degli ospiti, una adeguata areazione dei locali, una corretta sanificazione degli ambienti/arredi prima di ogni turno di accesso. E' necessario che sia effettuata la pulizia/disinfezione dei tavoli dopo ogni singolo pasto.
- Per tutte le attività assistenziali privilegiare l'utilizzo di materiali/presidi/dispositivi monouso.
- **Monitorare quotidianamente negli ospiti la comparsa di sintomi respiratori** che intervenissero durante la permanenza nel centro (tosse, raffreddore, mal di gola, difficoltà respiratorie) o febbre, segnalando tempestivamente alla famiglia con la raccomandazione di prendere contatti con il MMG. In questo caso l'ospite deve essere riportato al proprio domicilio. Il monitoraggio quotidiano è riportato in una scheda (allegato 3a) che viene conservata e inviata al medico di sanità pubblica (medico del distretto o dell'igiene pubblica) di riferimento ai fini della sorveglianza sanitaria della comunità del centro.

In caso di strutture semiresidenziali ubicate all'interno di strutture residenziali o comunque contigue, gli operatori devono essere dedicati.

Tutte le attività dovranno essere svolte in ambienti che consentano il distanziamento fisico, l'areazione degli ambienti e la sanificazione delle superfici. Dovrà essere evitata qualsiasi situazione di promiscuità sia rispetto agli operatori, sia rispetto agli ospiti.

In assenza dei suddetti requisiti non sarà possibile la riapertura della struttura.

Tutte le attività che vengono effettuate vanno registrate con la definizione del tipo di attività e dei partecipanti.

Viene garantito il coinvolgimento delle famiglie per confronto e supporto, attivando le modalità più opportune (telefono, videochiamate, incontri).

4.8 Sorveglianza degli operatori

- Riattivazione post lock down o dopo 15 giorni di ferie: tampone (test molecolare) e test sierologico
- **Scenari 1 e 2:** sorveglianza dell'insorgenza di sintomatologia.
- **Scenari 3 e 4:** test molecolare (o antigenico in subordine) almeno quindicinale⁹.

In tutti i casi, anche per i centri diurni convenzionati i test, eseguiti su indicazione del medico competente della struttura, devono essere garantiti dal SSR, in quanto necessari alla tutela della salute pubblica e in particolare delle persone con disabilità che frequentano il centro.

4.9 Formazione e supporto

Deve essere garantita un'adeguata formazione preventiva e in itinere per la corretta adozione delle precauzioni standard contatto - droplet e delle procedure di utilizzo dei DPI.

1. ⁹ Circolare del Ministero della Salute n. 35324-30/10/2020 con oggetto: Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica e Circolare del Ministero della Salute n. 24969 del 30/11/2020 con 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"

In particolare, per la formazione specifica sul Covid-19 si raccomanda di seguire il corso FAD dell'Istituto Superiore di Sanità accessibile su <https://www.eduiss.it/course/view>.

La nuova organizzazione e le misure anti-contagio devono essere riportate nel documento di valutazione dei rischi così come deve essere redatto o aggiornato il Documento Unico di Valutazione dei Rischi da Interferenza, qualora nella struttura in gestione acceda personale di altre imprese.

È utile la nomina di un referente qualità e sicurezza, che può coordinare le attività finalizzate alla prevenzione delle infezioni all'interno della struttura ed in particolare per garantire l'aggiornamento costante del personale, l'informazione delle persone assistite e dei visitatori; inoltre può rappresentare il punto di riferimento in grado di rapportarsi con le strutture dell'azienda sanitaria per la gestione dell'emergenza sanitaria Covid-19.

D'altra parte, è opportuno che l'AUSL supporti il responsabile del centro diurno, anche nei casi di gestione convenzionata, attraverso medici di sanità pubblica (preferibilmente specialisti in igiene e medicina preventiva), assistenti sanitari o infermieri esperti in prevenzione, nella riorganizzazione delle attività e nella sorveglianza sanitaria, per eventuali consulenze nella gestione quotidiana dell'epidemia.

5. INDIRIZZI PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO COVID-19 NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER LE PERSONE CON DISTURBI DEL NEUROSVILUPPO E/O DISABILITÀ INTELLETTIVA

Residenze sanitarie per persone con disabilità (RSD), comunità alloggio protette (CAP), case famiglia

5.1 Accesso alla struttura

Si raccomanda il monitoraggio della zona ingresso/atrio della struttura in cui è necessario garantire la disponibilità del gel o soluzione idro alcolica, di fazzolettini di carta monouso ed affiggere la cartellonistica illustrativa per l'adozione del galateo della tosse e lavaggio delle mani.

Nel caso di accesso alla struttura, è comunque assolutamente necessario impedire l'ingresso a persone che presentino segni o sintomi attribuibili al Covid-19, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di Covid-19 sospetti o confermati negli ultimi 14 giorni.

Ogni struttura organizza una modalità di access-point per filtrare gli accessi esterni, impiegando il promemoria in allegato 1. L'operatore adeguatamente formato che svolge il controllo verifica la presenza dei criteri di rischio clinici ed epidemiologici e impiega il termoscanner per la misurazione della temperatura.

Nel caso individui un fattore di rischio o la temperatura superiore a 37.5 invita l'utente/operatore/visitatore a tornare al proprio domicilio e a contattare il MMG.

5.1.1 Visite dei familiari

Si raccomanda di disporre modalità controllate e programmate di accesso alla struttura da parte di familiari e conoscenti.

Le persone autorizzate dovranno comunque essere in numero limitato e osservare tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da Sars-CoV2 e contemporaneamente **devono essere sviluppate e consolidate le modalità alternative di comunicazione/relazione con i familiari: telefonate, videochiamate proiettate su schermi grandi, utilizzo di tablet.**

Scenari 1 e 2

Le visite possono essere pianificate mediante un contatto telefonico tra i familiari ed il personale della struttura, che effettua un'intervista per valutare il rischio clinico ed epidemiologico, con una scheda appositamente predisposta:

- se dall'intervista l'operatore rileva l'esistenza di un rischio per il contagio Sars-CoV2, informa il familiare/conoscente che la visita deve essere rinviata;
- se dall'intervista l'operatore non rileva nessun rischio per il contagio Sars-CoV2, allora informa i familiari dei comportamenti da tenere all'interno della struttura (indossare la mascherina, igienizzare le mani, non attraversare gli spazi comuni), concorda e registra la data e l'orario previsti per la visita (format piano visita in allegato 4).

Le visite devono essere programmate in modo da limitare il numero dei visitatori contemporaneamente presenti e utilizzare efficacemente gli spazi.

Gli spazi da utilizzare per le visite devono essere individuati e predisposti a tale scopo sia all'interno che all'esterno affinché sia presente il dispenser di soluzione idroalcolica e i fazzoletti monouso e sia possibile dopo l'utilizzo avere un'adeguata aerazione del locale dopo la visita, fare la detersione e sanificazione con particolare attenzione agli elementi che vengono più frequentemente toccati con le mani e alle superfici di appoggio.

Deve essere privilegiata la visita in spazi all'aperto, sotto la supervisione di un operatore.

Qualora i familiari in visita si presentino con una mascherina FFP2/3 con valvola, deve essere rimossa e sostituita con mascherina chirurgica o FFP2 senza valvola. Lo stesso in caso di dpi non adeguati (es mascherine in stoffa)

Il piano visita deve essere conservato nella documentazione personale della persona con disabilità e l'elenco complessivo delle prenotazioni delle visite deve essere conservato per un mese.

Scenari 3 e 4

Oltre ad adottare tutte le indicazioni descritte per gli scenari 1 e 2, può essere eseguito un test antigenico rapido immediatamente prima di visita che, in tal caso, sarà autorizzata solo se l'esito del test è negativo.

È possibile la visita solo in luoghi aperti, con la vigilanza dell'operatore che garantisca la distanza e siano rispettate le regole di prevenzione. I visitatori devono indossare la mascherina FFP2.

Le visite devono essere comunque limitate, organizzate e autorizzate dalla direzione della struttura, valutando i bisogni e il rischio-beneficio della visita per la persona con disabilità e le altre persone conviventi nella struttura.

5.1.2 Visite dei MMG o specialisti

Anche per il consulto con i MMG o eventuali specialisti è possibile impiegare modalità telematiche, laddove non sia necessario effettuare la visita medica in presenza. Gli operatori della struttura garantiscono il raccordo con i medici ed annotano gli eventuali tele-consulti nella documentazione personale dell'ospite.

5.2 Gestione del rischio COVID-19 nei percorsi e attività delle persone residenti

5.2.1 Gestione uscite giornaliere per motivi sanitari, lavorativi o ricreativi

Scenari 1 e 2

La persona che esce dalla struttura per motivi sanitari ambulatoriali, lavorativi o ricreativi, che si realizzano nell'arco di una giornata, può rientrare nella residenza sottoponendosi ai controlli previsti al access-point. Gli operatori avranno cura di tenere un diario (allegato 5) in cui sono annotate le notizie sulle uscite (giorno, orario, luogo e eventuali accompagnatori), che potrebbero essere utili in caso di indagini epidemiologiche.

Scenari 3 e 4

Le uscite giornaliere sono limitate a motivi sanitarie e attività, tipo passeggiate o momenti di relax, in cui è garantita la distanza fisica, al fine mantenere un buon equilibrio psicofisico.

Le attività lavorative, potranno essere mantenute soltanto dopo una valutazione del singolo caso, in merito ai rischi di aumentato rischio di complicanze in caso di Covid-19 sia della possibilità di adottare tutte le misure di prevenzione sul luogo di lavoro (vedi paragrafo 6) Deve essere comunque tenuto il diario delle uscite.

5.2.2 Gestione uscite prolungate per motivi non sanitari (es. soggiorni in famiglia, vacanze)

Se la persona con disabilità programma un soggiorno in famiglia o una vacanza è necessario somministrare un'intervista ai familiari o agli accompagnatori, per valutare il rischio di eventuale contagio di questi (piano uscite dalla struttura, allegato 6) se emergono fattori di rischio, l'uscita programmata dovrà essere sospesa e riorganizzata. La persona che esce dalla struttura per periodi che si protraggono per più di un giorno, dovrà tenere un diario quotidiano (allegato 7) a propria cura o del familiare/caregiver, in cui vengono annotati i controlli sulle proprie condizioni di salute e gli eventuali spostamenti effettuati in luoghi diversi dalla propria residenza, così da poter individuare l'eventuale esposizione a condizioni di rischio (es frequentazione di luoghi affollati).

Scenari 1 e 2

In caso di uscite brevi (pochi giorni), la persona può rientrare nella struttura sottoponendosi ai controlli previsti all'access-point e il primo esame del diario viene fatto dagli operatori della RSD/CAP/SRCC all'access-point. Se l'operatore rileva spostamenti/contatti a rischio di contagio da Sars-CoV2, li segnala al coordinatore dell'UVMD per la valutazione della necessità di richiedere l'esecuzione del tampone e di instaurare un eventuale *distanziamento precauzionale* in struttura con le modalità descritte per i nuovi ingressi (vedi paragrafo "Gestione del nuovo ingresso in strutture socio-sanitarie (RSD/CAP)).

In caso di assenze prolungate, affinché tale valutazione sia possibile, occorre stabilire un contatto con il paziente e/o i familiari prima del rientro al fine di evidenziare eventuali fattori di rischio che richiedano l'effettuazione del tampone orofaringeo o misure di *distanziamento precauzionale* come nei nuovi ingressi (vedi paragrafo 5.2.6). Se non vi sono elementi di rischio invece l'ospite rientra in comunità. Nel caso in cui l'individuazione dell'esposizione a maggior rischio emerga al rientro in Struttura (access-point), l'ospite viene trattato con le stesse misure precauzionali del caso sospetto. (vedi paragrafo 4.3).

Scenari 3 e 4

Le uscite per soggiorni in famiglia devono essere limitate soltanto ai casi in cui si valutino necessarie al mantenimento di un buon equilibrio psicofisico e autorizzate dalla direzione della struttura in accordo con il rappresentante legale della persona. Dovranno essere osservate tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da Sars-CoV2, comprese le procedure descritte in questo paragrafo per le assenze prolungate.

Contemporaneamente **devono essere sviluppate e consolidate le modalità alternative di comunicazione/relazione con i familiari: telefonate, videochiamate proiettate su schermi grandi, utilizzo di tablet.**

5.2.3 Gestione della persona con sintomi attribuibili al Covid-19 presente in struttura residenziale

Gli operatori controllano quotidianamente la temperatura corporea e la sintomatologia registrandola nella scheda di monitoraggio, con particolare attenzione ai nuovi ammessi e ai ri-ammessi in struttura: la presenza di segni o sintomi attribuibili al Covid-19 deve essere comunicata tempestivamente al MMG per la presa in carico. Se il medico ritiene di poter mantenere la persona assistita con sintomi respiratori nella struttura socio-sanitaria, il personale misura la temperatura corporea, valuta la presenza di segni e sintomi attribuibili al Covid-19 almeno tre volte giorno e registra i dati rilevati nella cartella personale dell'ospite, per comunicarli quotidianamente al MMG.

5.2.4 Paziente Covid-19 che esce dal percorso ospedaliero e può rientrare al proprio domicilio presso dimora abituale che risulta essere la struttura residenziale.

Le dimissioni vengono gestite dall'équipe del distretto che cura il post ricovero dall'ospedale per acuti dei pazienti COVID, in collaborazione con l'UVMD.

Il paziente, domiciliato in struttura residenziale, giudicato guarito clinicamente e con referto di laboratorio negativo per Sars-CoV2 può essere dimesso dall'ospedale verso:

- struttura di cura intermedie post-Covid-19 qualora necessiti di assistenza sanitaria
- struttura residenziale in cui è domiciliato qualora le sue condizioni siano compatibili con il livello di assistenza offerto dalla struttura, compresa la possibilità di trascorrere la convalescenza con le modalità di isolamento funzionale (prevenzione del contagio da contatto).

La valutazione della migliore collocazione per completare il decorso clinico e la convalescenza, sarà a cura del distretto con l'UVMD, di concerto con la direzione della struttura e il paziente o chi lo rappresenta.

Al rientro nella struttura residenziale, per 14 giorni dalla negativizzazione la persona assistita adottando le precauzioni per la prevenzione della trasmissione del contagio da contatto e deve essere monitorata quotidianamente con particolari attenzioni alla possibile comparsa o aggravamento di segni o sintomi attribuibili al Covid-19 (tosse, difficoltà respiratoria, diarrea, disturbi del gusto o dell'olfatto) o febbre, attivando tempestivamente il MMG in caso di peggioramento.

Il paziente che alla dimissione dall'ospedale è positivo al Sars-CoV2, segue le indicazioni dettate dal Ministero della Salute, per cui trascorsi i 21 giorni dalla comparsa dei sintomi e in assenza di questi da una settimana (fatte salvi successivi aggiornamenti dovuti all'evoluzione delle conoscenze). Tuttavia, i criteri per la dimissione e la fine dell'isolamento devono essere adattati per gruppi specifici di pazienti. Per i pazienti che hanno avuto una sindrome da Sars-CoV2 severa e che devono rientrare in una comunità chiusa (struttura residenziale) sono raccomandati due test RT-PCR Sars-CoV2 negativi consecutivi a distanza di 24h.¹⁰

I pazienti cui fosse consentito il rientro in struttura per il completamento del periodo di isolamento, è richiesto di seguire la prevenzione delle infezioni e le linee guida di controllo con precauzioni di igiene personale al fine di proteggere i contatti domestici, come descritto nel paragrafo dedicato al nuovo ingresso.

¹⁰ European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for discharge and ending isolation of people with COVID-19, 16 October 2020. Stockholm: ECDC; 2020.

5.2.5 Persona residente in struttura residenziale dimessa dal ricovero in ospedale per motivi diversi dal Covid-19.

Il paziente no-Covid-19 che esce dal percorso ospedaliero può rientrare presso la propria dimora abituale che risulta essere la struttura residenziale. Tutti i pazienti ricoverati nelle aree ospedaliere no-Covid-19 sono risultati negativi al tampone al momento del ricovero e alla dimissione (se il ricovero è > 7 giorni) e sono stati trattati nel rispetto delle misure igieniche e delle buone pratiche di prevenzione del rischio infettivo, rafforzate proprio per fronteggiare l'emergenza Covid-19. Pertanto al rientro nella struttura socio-sanitaria vengono trattati secondo i normali percorsi assistenziali.

5.2.6 Gestione del nuovo ingresso in strutture residenziali

L'ammissione in struttura (RSD, CAP) è gestita dall'UVMD che, oltre alla normale valutazione, procederà a esaminare se l'ospite sia in una condizione di rischio somministrando la check list Covid-19 in allegato 2 e disponendo l'esecuzione del tampone naso-orofaringeo di screening per Sars-CoV2.

Se la persona non è collaborante per gli atti sanitari, la valutazione viene approfondita con una ricerca dei contatti stretti degli ultimi quindici giorni per la verifica del buono stato di salute di questi e l'esecuzione del tampone a eventuali persone conviventi: i risultati del test sui conviventi si considera ragionevolmente trasferibile sulla persona che deve essere ammessa nella residenza e pertanto, se negativo è possibile evitare di eseguire il tampone sulla persona stessa.

L'UVMD esprime il nulla osta all'ingresso in struttura valutando il caso entro i 3 giorni precedenti all'ammissione.

In presenza di risultato positivo del tampone, l'UVMD definisce un percorso personalizzato in coerenza con l'organizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari per l'assistenza.

In caso di tampone positivo per uno o più conviventi l'UVMD valuta il percorso appropriato per la persona, di sorveglianza sanitaria o di indagini diagnostiche (tampone, ecografia polmonare) presso l'ambulatorio DAMA/PASS dove presenti o con percorso comunque protetto.

All'accesso della persona con disabilità nella struttura, è necessario adottare procedure che garantiscano la distanza fisica tra gli ospiti (distanziamento precauzionale), per una durata di 14 giorni, che corrisponde ad un ciclo della malattia, sulla base delle attuali conoscenze.

Il **distanziamento precauzionale** si attua adottando misure che, da contestualizzare per la specifica struttura e per le persone coinvolte, sono le seguenti:

- se possibile, mettere a disposizione della persona una camera singola e bagno esclusivo oppure ricercare soluzioni logistiche ed organizzative adatte alla struttura specifica, che consentano il distanziamento (ad es. camere doppie sufficientemente grandi/ trasformazione di doppia in tripla a fronte di una doppia che diventa singola o la sanificazione del bagno dopo ogni uso)
- garantire la distanza di sicurezza durante i pasti
- evitare la partecipazione alle attività/soggiorno in gruppo se la persona non è in grado di tenere correttamente la mascherina e comportamenti adeguati
- educare costantemente e con gli strumenti adeguati alle buone pratiche di prevenzione delle infezioni, in particolare all'igiene delle mani ed all'igiene respiratoria.

Gli operatori che si occupano dell'assistenza indosseranno i DPI e avranno cura di rispettare le norme d'igiene e prevenzione da contatto nello svolgimento delle attività.

Il distanziamento precauzionale, così come descritto, nelle strutture residenziali ha la finalità di proteggere la comunità degli ospiti e degli operatori, minimizzando la probabilità che, sebbene lo screening sia risultato negativo, il nuovo ammesso possa essere affetto da Covid-19 e quindi contagioso, in una fase in cui ancora persiste la trasmissione locale del virus.

5.3 Identificazione e gestione del possibile caso sospetto Covid-19 tra i residenti nella struttura

Qualora il MMG/USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) in collaborazione con il personale infermieristico della struttura residenziale, individui un caso sospetto Covid-19 tra i residenti deve segnalarlo immediatamente al servizio d'igiene pubblica.

La persona residente deve essere sottoposto a tampone faringeo per ricerca di Sars-CoV2, secondo le modalità indicate dall'operatore del servizio di sanità pubblica che si avvale della collaborazione dell'équipe PASS/DAMA dell'ospedale (se presente nella zona) o con lo specialista dell'ospedale di riferimento per valutare le modalità corrette di esecuzione, compresa la sedazione, se necessaria, e concordare l'eventuale l'accesso in struttura con la direzione, in modo da evitare un accesso in ospedale, se possibile.

Se il tampone effettuato risulta positivo, sulla base della valutazione medica e dell'attuale situazione epidemiologica locale, il paziente che richiede il ricovero verrà trasferito in ambiente ospedaliero e gli ambienti nei quali ha soggiornato devono essere sanificati con cura.

I ricoveri dei pazienti con disabilità sospetti per Corona virus sono convogliati verso gli ospedali DAMA/PASS, laddove presenti e comunque deve essere seguito affinché siano garantiti i necessari adattamenti e la presenza del care-giver.

Es. di organizzazione nella AUSL Toscana Nord Ovest: i ricoveri dei pazienti con disabilità sospetti per Corona virus sono convogliati verso gli ospedali PASS (Livorno, Versilia, Pontedera) dalle centrali operative 118 avvisando il referente aziendale che provvede ad avvisare il facilitatore PASS dell'ospedale in cui sarà accompagnato il paziente. Il facilitatore PASS segue il percorso del paziente dal PS fino al ricovero e provvede a mettere in atto i necessari adattamenti, compresa la possibilità di assistenza personalizzata del paziente, in caso di necessità.

Inoltre, la struttura deve collaborare all'indagine epidemiologica condotta dal personale della sanità pubblica per effettuare una tempestiva ed attenta valutazione del rischio di esposizione degli operatori e altri residenti, che in caso di contatto stretto con la persona risultata positiva al tampone verranno a loro volta sottoposti a quarantena con l'attivazione del monitoraggio della temperatura corporea e dell'eventuale comparsa di sintomatologia due volte al giorno.

L'intera struttura, nel caso in cui non sia presente una organizzazione in moduli, è sottoposta a quarantena, con attivazione di idonea sorveglianza medica ed infermieristica in stretta collaborazione con l'Azienda USL. Al termine della quarantena, è utile che un medico della prevenzione valuti l'opportunità di eseguire un test agli operatori e ai residenti considerati contatti stretti, se questi sono in grado di tollerarlo, in base della valutazione del rischio nelle normali condizioni di vita quotidiana della residenza e della presenza di persone a rischio aumentato di complicanze da Covid-19.¹¹

La persona che risulta caso sospetto Covid-19, in attesa del risultato del tampone, deve essere monitorata in modo rigoroso ed isolata seguendo tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione del contagio.

I casi positivi che non necessitano di ricovero ospedaliero, se non è possibile l'isolamento domiciliare, saranno trasferiti in cure intermedie Covid-19 o altra struttura predisposta a questo fine (**albergo sanitario per persone con disabilità**), al fine di garantire la necessaria assistenza e tutelare le altre persone residenti nella struttura.

5.4 Sanificazione degli ambienti

Nella stanza ove è ospitato il paziente in attesa di trasferimento in ambiente ospedaliero o in altra struttura adeguata all'isolamento, si raccomanda l'adozione di materiale monouso.

Se l'ospite Covid-19 positivo lascia la stanza dove ha soggiornato, deve essere effettuata la sanificazione accurata degli ambienti dove il residente soggiornava. L'OMS raccomanda di utilizzare i seguenti disinfettanti per strumenti, ambienti e superfici:

- Per gli strumenti: alcol etilico 70% o altro disinfettante secondo scheda tecnica;
- Per la pulizia degli ambienti e delle superfici: acqua e detergenti seguita da disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5% (equivalente a 5000 ppm);
- Per quanto riguarda gli strumenti, inclusi i DPI riutilizzabili come visiere e occhiali, prima della disinfezione/sterilizzazione è sempre necessario effettuare la detersione.

Gli accessori o strumenti utilizzati per l'assistenza e pulizia del paziente (bacinelle, pappagalli, padelle) devono essere sanificati e disinfettati accuratamente ad ogni uso.

Il personale addetto alla sanificazione degli ambienti deve essere formato e dotato dei DPI previsti e seguire la corretta esecuzione delle procedure di vestizione e svestizione (rimozione in sicurezza dei DPI).

5.5 Supporto qualità e sicurezza

Ogni struttura deve avere un referente qualità e sicurezza per la prevenzione e controllo delle ICA e specificatamente per Covid-19 adeguatamente formato ed addestrato in stretto contatto con le autorità sanitarie locali. Il referente deve collaborare con il medico competente e i referenti per la sicurezza dei pazienti e la prevenzione del rischio infettivo dell'azienda sanitaria di riferimento e agire in sinergia con la funzione di risk management.¹²

¹¹ "Si raccomanda di eseguire il test molecolare a fine quarantena a tutte le persone che vivono o entrano in contatto regolarmente con soggetti fragili e/o a rischio di complicanze"- Circolare del Ministero della Salute del 12 ottobre 2020

¹² Osservatorio Nazionale Autismo ISS. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 28 ottobre 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev. 2.); pag 14

L'azienda USL è utile che fornisca supporto e supervisione alle strutture socio-sanitarie per la sicurezza delle persone assistite e degli operatori, anche mediante visite presso le strutture con l'ausilio di una lista di verifica.

- le verifiche possono essere condotte da un Gruppo di lavoro multidisciplinare di Verifica e Supporto (GVS), organizzato a livello di zona, in cui sono presenti assistente sociale, infermiere e medico, preferibilmente con esperienza di qualità e sicurezza del paziente;
- i gruppi di lavoro zonali sono organizzati operativamente dal direttore di zona-distretto in linea con le indicazioni dell'unità di crisi aziendale;
- il gruppo di verifica è disponibile per supportare la struttura socio-sanitaria nelle eventuali azioni di miglioramento e potrà effettuare successive visite in accordo con il direttore della struttura.

5.6 Sorveglianza degli operatori

- Riattivazione post lock down o dopo 15 giorni di ferie: tampone (test molecolare) e test sierologico.
- **Scenari 1 e 2:** sorveglianza dell'insorgenza di sintomatologia.
- **Scenari 3 e 4:** test molecolare (o antigenico in subordine) almeno quindicinale¹³.

In tutti i casi, anche per le residenze convenzionate i test, eseguiti su indicazione del medico competente della struttura, devono essere garantiti dal SSR, in quanto necessari alla tutela della salute pubblica e in particolare delle persone con disabilità che frequentano il centro.

5.7 Rimodulazione delle attività di riabilitazione, educative, di animazione

- Realizzare attività di animazione che consentano di mantenere le distanze di sicurezza tra gli ospiti (1 metro), curare l'igiene delle mani degli ospiti prima e dopo le attività di animazione;
- favorire, in particolare nel periodo estivo, le attività all'aperto in ambienti allestiti per rispettare le misure di prevenzione del rischio di infezione;
- laddove non sia possibile lo svolgimento di attività in luoghi aperti interni alla struttura, favorire attività in piccoli gruppi in ambienti ben areati e con disinfezione programmata dei materiali utilizzati;
- cercare di comprendere le risposte comportamentali al disagio o al dolore delle persone con disabilità e favorire la loro espressione, se appropriato anche tramite supporti alternativi al canale comunicativo verbale;
- dare possibilità di espressione alle persone con disabilità dei propri stati d'animo, strutturando anche dei momenti dedicati;
- fornire supporti per anticipare e favorire la comprensione e previsione degli eventi e delle attività della giornata (ad esempio attraverso agende scritte e/o visive);
- favorire l'espressione delle proprie preferenze (alimenti, tipo di attività) anche tramite mezzi grafici, al fine di ridurre la sensazione di impotenza e di restrizione nel rispetto delle misure da mettere in atto per prevenire il contagio;

¹³ Circolare del Ministero della Salute n. 35324-30/10/2020 con oggetto: Test di laboratorio per SARS-CoV2 e loro uso in sanità pubblica e Circolare del Ministero della Salute n. 24969 del 30/11/2020 con 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"

- favorire il mantenimento o l'incremento dei contatti delle persone con disabilità con i loro familiari, amici e con le altre figure di relazione e d'aiuto significative che non possono incontrare fisicamente, attraverso un uso adeguato e sicuro di tecnologie digitali e di telecomunicazione.

Ulteriori indicazioni e approfondimenti su questo argomento, d'utilità per la pratica quotidiana sono reperibili nei seguenti documenti della Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo:

1. *Consigli per la gestione dell'epidemia Covid-19 e dei fattori di distress psichico associati per le persone con disabilità intellettiva e autismo con necessità elevata e molto elevata di supporto (per informazioni complete vedi elenco dei documenti di riferimento);*
2. *Emergenza Covid-19. Consigli agli operatori sanitari coinvolti nella cura e nell'assistenza alla persona con disabilità intellettiva e autismo con necessità elevata e molto elevata di supporto (per informazioni complete vedi elenco dei documenti di riferimento).*

6. INDIRIZZI PER LA PREVENZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO COVID-19 NEGLI INSERIMENTI LAVORATIVI

6.1 Tipologie di attività

Le indicazioni riguardano tutte le attività lavorative svolte da persone con disabilità, con qualunque forma di contratto o inserimento lavorativo "protetto" di carattere terapeutico o sociale che, in ogni caso, rappresentano un elemento importante per l'equilibrio psichico della persona.

Nel paragrafo che segue sono descritte le azioni utili alla riattivazione dopo il periodo di sospensione del lock down e/o mantenimento delle attività lavorative, tenendo conto delle disposizioni normative nazionali, alle quali si dovranno giustapporre le disposizioni regionali, anche in riferimento agli scenari epidemiologici.

6.2 Azioni per la riattivazione e/o il mantenimento delle attività lavorative

- a. Verificare la disponibilità dell'azienda a riprendere il lavoro della persona precedentemente inserita, sulla base dell'eventuale nuova organizzazione del lavoro: ad es. sospensione dell'attività, riduzione turni, ecc.
- b. Richiedere alle aziende l'autocertificazione (allegato 7) del protocollo anticontagio o delle procedure operative o integrazioni al DVR, in cui siano comprese le misure di contenimento del contagio da Coronavirus contestualizzate all'ambiente e ai processi lavorativi di ogni singola azienda, nel rispetto delle disposizioni nazionali¹⁴ e regionali.
- c. I documenti sulle misure anticontagio (protocollo/procedure/DVR) potranno essere richiesti e valutati dall'AUSL per la valutazione, da parte dell'équipe multidisciplinare che segue la persona, di possibili specifiche criticità rispetto alla persona inserita e di eventuali adattamenti necessari.
- d. Escludere condizioni di rischio aumentato di complicanze in caso d'infezione da Sars-CoV2 (immunodepressione, patologie croniche, ecc.): verifica da parte dell'équipe multidisciplinare competente, in collaborazione con il MMG ed eventualmente il medico competente dell'azienda ospitante.
- e. Valutare come ulteriori fattori di rischio:

¹⁴ Protocollo del 24 aprile 2020 - *Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro* – ministero del lavoro e delle politiche sociali

- l'eventuale difficoltà a rispettare le misure di prevenzione sul luogo di lavoro da parte della persona con DNS e/o disabilità intellettiva, sempre in relazione all'ambiente lavorativo: contesto ambientale, presenza o meno di tutor o supporti;
 - il possibile disagio in caso di ricovero ospedaliero per Covid-19;
 - il rischio di diffusione del contagio alle persone conviventi "fragili", in caso di residenza in strutture comunitarie residenziali. Tale valutazione deve essere fatta dal gruppo di verifica e supporto (o medici dell'igiene pubblica/medici del distretto) con il referente qualità e sicurezza e il direttore della struttura.
- f. Verificare la disponibilità delle persone, che non abbiano patologie a rischio, a riprendere l'inserimento socio lavorativo.
- g. Prevedere una valutazione precedente al rientro, da parte dell'équipe curante, al fine di prevenire disagi conseguenti all'impatto con le necessarie innovazioni dovute alla prevenzione infettiva e al post lock-down.
- h. Rendere disponibile il servizio di esecuzione del test molecolare o sierologico, nel caso in cui la persona in inserimento voglia volontariamente sottoporvisi, di propria iniziativa o su richiesta dell'azienda ospitante
- i. Promuovere incontri di informazione/formazione alle persone in inserimento lavorativo che riprendono il lavoro, con l'obiettivo di dare loro gli strumenti di base per assumere comportamenti idonei a prevenire il contagio sul luogo di lavoro.
- j. Promuovere incontri informativi e/o di consulenza per le aziende, per supportare eventuali scelte organizzative che incentivino la riattivazione degli inserimenti lavorativi: ad es. un elemento critico può essere l'utilizzo della mascherina, da cui sono esonerati i soggetti intolleranti (art. 3, comma 2, del DPCM 26 aprile 2020 "*Non sono soggetti non all'obbligo i bambini al di sotto dei sei anni, nonché i soggetti con forme di disabilità non compatibili con l'uso continuativo della mascherina ovvero i soggetti che interagiscono con i predetti*").

Documenti di riferimento

1. Normativa nazionale (Decreti, Circolari Ministero della Salute e ISS, Disposizioni Protezione Civile). <http://www.protezionecivile.gov.it/attivita-rischi/rischio-sanitario/emergenze/coronavirus/normativa-emergenza-coronavirus>
2. Osservatorio Nazionale Autismo ISS. Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV2. Versione del 28 ottobre 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS Covid-19, n. 8/2020 Rev. 2.). <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>
3. Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2020
4. Consigli per la gestione dell'epidemia Covid-19 e dei fattori di distress psichico associati per le persone con disabilità intellettiva e autismo con necessità elevata e molto elevata di supporto. https://www.sidin.org/wp-content/uploads/2020/04/scudo-al-COVID-19-per-PcDI_A_SIDiN_v-1_6_def.pdf
5. Emergenza Covid-19. Consigli agli operatori sanitari coinvolti nella cura e nell'assistenza alla persona con disabilità intellettiva e autismo con necessità elevata e molto elevata di supporto. <https://www.sidin.org/2020/05/scudo-psicologico-per-gli-operatori-sanitari/>

6. Istituto Superiore di Sanità. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da Sars-Cov2 in strutture residenziali sociosanitarie.
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-4-2020.pdf>
7. Linee di indirizzo per la ripresa graduale delle attività, servizi e centri a carattere sanitario, sociosanitario e sociale per le persone con disabilità versione 28/04/20. Documento redatto dal gruppo unità di crisi ANFFAS su Covid-19
8. Circolare ministeriale n. 32850-12/10/2020 Covid-19 con oggetto: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena
9. Circolare del Ministero della Salute n. 35324-30/10/2020 con oggetto: Test di laboratorio per Sars-CoV2 e loro uso in sanità pubblica
10. Circolare del ministero n. 28877 del 4/9/2020 con oggetto: *"Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020 recante "Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Sars-CoV2 negli ambienti di lavoro e nella collettività". Aggiornamenti e chiarimenti, con particolare riguardo ai lavoratori e alle lavoratrici "fragili"*
11. Ordinanza del presidente della giunta regionale n°62 dell'8/6/2020 "Misure di contenimento sulla diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro. Revoca dell'ordinanza n.48/2020 e nuove disposizioni"
12. Protocollo del 24 aprile 2020 - *Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro - ministero del lavoro e delle politiche sociali.*
<http://www.protezionecivile.gov.it/attivita-rischi/rischio-sanitario/emergenze/coronavirus/normativa-emergenza-coronavirus>
13. ART. 83, Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34 *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19*
14. Circolare del ministero n. 14915 del 29/04/2020 con oggetto: *"Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020 recante "Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Sars-CoV2 negli ambienti di lavoro e nella collettività"*
15. Linee guida per l'informazione agli utenti e le modalità organizzative per il contenimento della diffusione del Covid-19 in materia di trasporto pubblico, Allegato 9 del DPCM 26 aprile 2020
16. COVID-19 Rail Protocol Recommendations for safe resumption of railway services in Europe Version 1.4 Date: 21 July 2020.
https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Covid-19-Rail-Protocol_v1.4.pdf
17. OMS - Global Surveillance for Covid-19 disease caused by human infection with novel coronavirus (Covid-19), aggiornamento del 7 agosto 2020
18. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance for discharge and ending isolation of people with Covid-19, 16 October 2020. Stockholm: ECDC; 2020
19. Circolare del Ministero della Salute n. 24969 del 30/11/2020 con 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"*
20. Circolare del Ministero della Salute n. 25420 del 04/12/2020 con oggetto: *"Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali per persone con disturbi mentali e per persone con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali"*