

MODULARIO
P. C. M. 198

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0021570 14/04/2020

MOD. 3



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

Verbale n. 50 della riunione tenuta, presso il Dipartimento della Protezione Civile, il giorno 11 aprile 2020

	PRESENTI	ASSENTE
Dr Agostino MIOZZO	X	
Dr Fabio CICILIANO		X
Dr Alberto ZOLI		X
Dr Giuseppe IPPOLITO		X
Dr Claudio D'AMARIO	IN TELECONFERENZA	
Dr Franco LOCATELLI	IN TELECONFERENZA	
Dr Alberto VILLANI	X	
Dr Silvio BRUSAFFERO	IN TELECONFERENZA	
Dr Mauro DIONISIO	IN TELECONFERENZA	
Dr Luca RICHELDI	X	
Dr Giuseppe RUOCCO		X
Dr Andrea URBANI	X	
Dr Massimo ANTONELLI	X	
Dr Roberto BERNABEI	X	
Dr Francesco MARAGLINO	IN TELECONFERENZA	
Dr Sergio IAVICOLI	X	
Dr Achille IACHINO		X
Dr Giovanni REZZA	IN TELECONFERENZA	
Dr Ranieri GUERRA	IN TELECONFERENZA	
Dr Walter RICCIARDI	IN TELECONFERENZA	
Dr Giovanni REZZA	IN TELECONFERENZA	
Dr Nicola SEBASTIANI	X	
Dr.ssa Adriana AMMASSARI	IN TELECONFERENZA	

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

MODULARIO
P.C.M. 198

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0021570 14/04/2020

MOD. 3



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

È presente il Capo di Gabinetto del Ministero della Salute Goffredo Zaccardi (in videoconferenza).

La seduta inizia alle ore 11,05.

In apertura il Coordinatore del CTS relaziona sul prossimo decreto di organizzazione del Comitato Tecnico Scientifico con l'inclusione di tutti i nominativi degli esperti che nelle ultime settimane hanno collaborato; il gruppo dovrà infine beneficiare della tutela prevista dall'art. 122 comma 8 del DL n. 18 del 17.3.2020.

Il Presidente Zaccardi precisa che la partecipazione di esperti qualificati del settore convocati per le riunioni del Comitato tecnico-scientifico fino ad oggi è del tutto legittima, conferma che si procederà alla modifica formale del CTS e all'integrazione dei sopra citati esperti come membri permanenti del Comitato stesso.

Il coordinatore esprime gli auguri di buon lavoro al neo-costituito Comitato economico-sociale e rivolge un invito al dott. Colao a partecipare ai lavori del CTS per concordare in che modo interagire rispetto alle sinergie auspicate tra i due consessi.

Richiesta relativa al comune di Celleno (VT)

Il CTS ratifica la decisione presa in somma urgenza nel pomeriggio di ieri 10/04/2020 di intraprendere ulteriori misure restrittive in seguito alla segnalazione di un cluster epidemico rilevato nel Comune di Celleno (Viterbo). Si allega al presente verbale la richiesta dell'Assessore alla sanità e integrazione socio-sanitaria della Regione Lazio e la comunicazione della ASL di Viterbo.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

Aggiornamento scenari pandemici a seguito del dPCM del 10 aprile c.m.

Il CTS conviene che l'ISS, in collaborazione con il Ministero della Salute, la Fondazione Bruno Kessler e l'INAIL aggiorni gli scenari pandemici e il relativo potenziale impatto sul SSN alla luce delle decisioni adottate in merito alla riapertura parziale del mondo del lavoro disposta con dPCM del 10 aprile c.m.

Misure per la gestione del contagio nelle RSA

Il CTS conviene che, con riguardo al tema delle RSA e più in generale al tema della tutela sanitaria delle persone che risiedono in strutture di diversa tipologia destinate al ricovero degli anziani, si deve tenere conto che una maggiore incidenza dell'azione delle istituzioni preposte alla tutela sanitaria è assolutamente necessaria, onde evitare in futuro che possano ripetersi episodi come quelli di recente divulgati dai mezzi di comunicazione nei giorni scorsi.

Sono utili le iniziative di monitoraggio suggerite, ma anche iniziative concrete di verifica sul posto ed assistenza potrebbero essere valutate e se del caso promosse prevedendo un ruolo attivo dei medici di base.

Il CTS conviene di affidare all'ISS l'elaborazione in tempi rapidi di un documento di sintesi delle indicazioni già emanate in precedenti atti, tenendo conto dei più recenti aspetti di rilevanza emersi dalla situazione epidemiologica e del contributo del prof. Bernabei.

Protocollo INAIL-CNOP sul burn-out degli operatori

A seguito di quanto convenuto nella seduta del CTS del 30 marzo c.a. di cui al verbale n. 39, il CTS acquisisce il lavoro elaborato da INAIL in collaborazione con il

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

CNOP è presentato dal dott. Iavicoli. In merito il Comitato concorda di darvi attuazione e la più ampia diffusione.

Pareri

- Il CTS acquisisce i seguenti pareri del GdL “Dispositivi Medici”:
 - Il [REDACTED] è presente nella banca dati del Ministero della Salute, così come il [REDACTED] (allegato).
 - Il ventilatore elettronico da trasporto [REDACTED] non è valutabile per mancanza di scheda tecnica.
 - I [REDACTED] sono monitor multiparametrici utilizzabili anche come monitors da trasporto. Il monitor [REDACTED] presenta anche interfacciabilità per acquisizione dati e segnale con molti dei ventilatori comunemente in uso in Terapia Intensiva. Entrambi gli apparati sembrano dotati di marchio EU CE, che tuttavia non sembra coprire tutti gli accessori per il [REDACTED].
 - Il ventilatore [REDACTED] è un ventilatore da terapia intensiva che presenta in brochure caratteristiche compatibili con i requisiti minimi stabiliti in precedenza. Non presenta Marchio EU CE.
 - Il ventilatore elettronico [REDACTED] non è valutabile per mancanza di scheda tecnica.
 - Il ventilatore [REDACTED] è un ventilatore di emergenza che non possiede tutti i requisiti minimi stabiliti in precedenza. La valutazione è comunque difficile e le caratteristiche tecniche narrate e non riportate secondo la usuale forma tabellare, consentono solo una valutazione parziale,

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

meramente teorica. Il ventilatore andrebbe testato con simulatore polmonare. Riportare come è scritto nella brochure che è "adattabile a varie compliance toracopolmonare" non è sufficiente.

- Il fabbricante [REDACTED] è presente in banca dati, ma non risulta registrato il dispositivo medico [REDACTED] [REDACTED] con questa denominazione, parere non favorevole mancando informazioni sulla conformità del prodotto.
- Il fabbricante [REDACTED] è iscritto in banca dati del Ministero della Salute, mentre il dispositivo denominato [REDACTED] era presente in banca dati fino al 2016 registrato da un r [REDACTED] Potrà essere considerata la certificazione prodotta ma, dal punto di vista amministrativo, il DM non è più registrato in Italia e quindi parere non favorevole a meno che un legale rappresentante non lo iscriva.
- Il fabbricante [REDACTED] è presente in banca dati con molti modelli, ma il modello [REDACTED] non è presente. Potrà essere considerata la certificazione prodotta, ma dal punto di vista amministrativo il DM non è registrato in Italia e quindi parere non favorevole a meno che un legale rappresentante non lo iscriva.
- Per tutte queste apparecchiature il giudizio tecnico è espresso esclusivamente su materiale cartaceo senza possibilità alcuna di valutare le effettive prestazioni su simulatore o su banco tecnico.

Il CTS conclude la seduta alle ore 13,00.

	PRESENT	ABSENT
Dr Agostino MIOZZO	X	[REDACTED]

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE

MODULARIO
P. C. M. 198

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0021570 14/04/2020

MOD. 3



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

Dr Fabio CICILIANO		X
Dr Alberto ZOLI		X
Dr Giuseppe IPPOLITO		X
Dr Claudio D'AMARIO		
Dr Franco LOCATELLI		
Dr Alberto VILLANI		
Dr Silvio BRUSAFFERO		
Dr Mauro DIONISIO		
Dr Luca RICHELDI		
Dr Giuseppe RUOCCO		
Dr Andrea URBANI		
Dr Massimo ANTONELLI		
Dr Roberto BERNABEI		
Dr Francesco MARAGLINO		
Dr Sergio IAVICOLI		
Dr Achille IACHINO		
Dr Giovanni REZZA		
Dr Ranieri GUERRA		
Dr Walter RICCIARDI		
Dr Giovanni REZZA		
Dr Nicola SEBASTIANI		
Dr.ssa Adriana AMMASSARI		



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

VISTA la legge 23 agosto 1988, n. 400, recante “*Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri*” e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 303, recante “*Ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59*” e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata in data 31 gennaio 2020, con la quale, a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza internazionale da parte dell'OMS per l'epidemia da COVID-19, è stato proclamato lo stato di emergenza per la durata di sei mesi e sono state messo in atto le prime misure di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale;

VISTO il decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante “*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*”, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 5 marzo 2020, n. 13;

VISTO il decreto-legge 2 marzo 2020, n. 9, recante “*Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*”;

VISTO il decreto-legge 9 marzo 2020, n. 14, recante “*Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*”;

VISTO il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, recante “*Misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*”;

VISTO il decreto legge 25 marzo 2020, n. 19, recante “*Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19*”;

VISTA l'ordinanza del Capo Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020, recante “*Primi interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa la rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da genti virali trasmissibili*” e, in particolare, l'articolo 2, comma 1, che prevede l'avvalimento da parte del Capo Dipartimento della protezione civile di Comitato tecnico scientifico;

VISTO il decreto del Capo Dipartimento della protezione civile del 5 febbraio 2020 recante “*Istituzione del Comitato tecnico scientifico, previsto dall'articolo 2, comma 1, dell'ordinanza del Capo Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020*”;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 febbraio 2020, recante “*Disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di*



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 45 del 23 febbraio 2020;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 25 febbraio 2020, recante "*Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 47 del 25 febbraio 2020;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° marzo 2020, recante "*Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 52 del 1° marzo 2020;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 4 marzo 2020, recante "*Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 55 del 4 marzo 2020;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 marzo 2020, recante "*Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 59 dell'8 marzo 2020;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 9 marzo 2020, recante "*Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 62 del 9 marzo 2020;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 11 marzo 2020, recante "*Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 64 dell'11 marzo 2020;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 22 marzo 2020, recante "*Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 22 marzo 2020;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2020, recante "*Disposizioni attuative del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19 recante "Misure urgenti per fronteggiare*



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale” pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 88 del 2 aprile 2020;

CONSIDERATO che le principali misure di contenimento dell'emergenza epidemiologica COVID-19, previsti dai citati decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, hanno imposto la sospensione delle attività economiche e produttive del Paese, la chiusura degli esercizi commerciali, la sospensione delle attività didattiche, culturali e sportive, nonché la limitazione della libertà di circolazione dei cittadini e, più in generale, una situazione di lockdown del Paese;

RAVVISATA quindi, la necessità di prevedere tempestivamente le misure necessarie per la ripresa graduale nei diversi settori delle attività sociali, culturali, economiche e produttive, anche attraverso l'individuazione di nuovi modelli organizzativi e relazionali, che tengano conto delle esigenze di contenimento e prevenzione dell'emergenza epidemiologica COVID-19;

RILEVATA la necessità, a tal fine, di doversi avvalere del costante supporto multidisciplinare di autorevoli esperti con elevate e qualificate competenze ed esperienze professionali in diversi settori;

RITENUTO, pertanto, di dover procedere alla istituzione, presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, di un Comitato di esperti per la suddetta finalità fino al termine dell'emergenza epidemiologica COVID-19;

DECRETA

Art. 1 (Comitato di esperti)

1. Presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri è istituito un Comitato di esperti in materia economica e sociale (di seguito: Comitato) con il compito di elaborare e proporre al Presidente del Consiglio misure necessarie per fronteggiare l'emergenza epidemiologica COVID-19, nonché per la ripresa graduale nei diversi settori delle attività sociali, economiche e produttive, anche attraverso l'individuazione di nuovi modelli organizzativi e relazionali, che tengano conto delle esigenze di contenimento e prevenzione dell'emergenza.
2. Il Comitato opera in coordinamento con il Comitato tecnico scientifico di cui all'articolo 2, comma 1, dell'ordinanza del Capo Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020.
3. Il Comitato è presieduto dal dottor Vittorio COLAO, dirigente d'azienda, ed è composto dai seguenti membri:



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

Elisabetta CAMUSSI	Professoressa di Psicologia sociale, Università degli Studi di Milano "Bicocca"
Roberto CINGOLANI	Responsabile Innovazione tecnologica di Leonardo, già Direttore scientifico dell'Istituto Italiano di Tecnologia (IIT)
Riccardo CRISTADORO	Consigliere economico del Presidente del Consiglio - Senior Director del Dipartimento economia e statistica, Banca d'Italia
Giuseppe FALCO	Amministratore Delegato per il Sistema Italia-Grecia-Turchia e Senior Partner & Managing Director di The Boston Consulting Group (BCG)
Franco FOCARETA	Ricercatore di Diritto del lavoro, Università di Bologna "Alma Mater Studiorum"
Enrico GIOVANNINI	Professore di Statistica economica, Università di Roma "Tor Vergata"
Giovanni GORNO TEMPINI	Presidente di Cassa Depositi e Prestiti
Giampiero GRIFFO	Coordinatore del Comitato tecnico-scientifico dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità
Filomena MAGGINO	Consigliera del Presidente del Consiglio per il benessere equo e sostenibile e la statistica - Professoressa di Statistica sociale, Università di Roma "La Sapienza"
Mariana MAZZUCATO	Consigliera economica del Presidente del Consiglio - Director and Founder, Institute for Innovation and Public Purpose, University College London
Enrico MORETTI	Professor of Economics at the University of California, Berkeley
Riccardo RANALLI	Dottore commercialista e revisore contabile
Marino REGINI	Professore emerito di Sociologia economica, Università Statale di Milano
Raffaella SADUN	Professor of Business Administration, Harvard Business School
Stefano SIMONTACCHI	Avvocato, Presidente BonelliErede, Presidente Fondazione Buzzi
Fabrizio STARACE	Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche dell'AUSL di Modena - Presidente della Società Italiana di



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

Epidemiologia Psichiatrica (SIEP)

4. Sono, altresì, componenti di diritto del Comitato il Commissario straordinario del Governo per l'attuazione ed il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento ed il contrasto dell'emergenza epidemiologica da COVID – 19. dr. Domenico ARCURI e il Capo del dipartimento della Protezione civile, dr. Angelo BORRELLI.
5. Per la partecipazione ai lavori del Comitato, non spettano ai membri del Comitato compensi, gettoni di presenza, indennità né emolumenti comunque denominati, fatta eccezione per il rimborso delle eventuali spese di viaggio e di soggiorno per i componenti non residenti nella provincia di Roma nei limiti previsti dalla normativa vigente.
6. Le funzioni di segretario del Comitato sono svolte dalla dr.ssa Stefania Fancello, in servizio presso gli uffici di diretta collaborazione del Presidente del Consiglio dei Ministri.

Art. 2

(Compiti del Presidente del Comitato)

1. Il Presidente:
 - a) ha la rappresentanza del Comitato e ne coordina e promuove le attività;
 - b) fissa il calendario dei lavori, l'ordine del giorno e convoca le riunioni del Comitato;
 - c) cura i rapporti con gli organi istituzionali interessati all'attività del Comitato;
 - d) cura il coordinamento con il Comitato tecnico scientifico di cui all'articolo 2, comma 1, dell'ordinanza del Capo Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020;
 - e) ha facoltà di promuovere audizioni, anche con l'utilizzo di strumenti telematici, sulle materie di competenza del Comitato;
 - f) cura la diffusione delle informazioni relative all'attività svolta dal Comitato.
2. In caso di assenza o impedimento il Presidente può designare tra i componenti del Comitato un suo delegato con l'incarico di esercitare provvisoriamente le sue funzioni.

Art. 3

(Organizzazione dei lavori)

1. Il Comitato riferisce costantemente al Presidente del Consiglio dei Ministri, anche inviando relazioni periodiche aventi ad oggetto l'esito dei suoi lavori e le proposte formulate.
2. Le deliberazioni del Comitato sono validamente assunte con la presenza, anche in modalità telematica o di videoconferenza, della maggioranza dei componenti,



Il Presidente del Consiglio dei Ministri

3. Il Presidente può anche convocare riunioni congiunte con il Comitato tecnico scientifico di cui all'articolo 2, comma 1, dell'ordinanza del Capo Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020.
4. Delle riunioni del Comitato si redige apposito verbale.
5. Il Comitato, su proposta del Presidente, può stabilire ulteriori regole per il suo funzionamento.

Art.4
(*Oneri*)

1. Gli oneri derivanti dall'applicazione dell'articolo 1, comma 5, del presente decreto gravano sui pertinenti capitoli della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Il presente decreto è trasmesso agli organi di controllo per gli adempimenti di competenza.

Roma, 10 APR. 2020

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Re: Celleno VITERBO

Miozzo Agostino

ven 10/04/2020 16:34

A:Alessio D'Amato <a.damato@regione.lazio.it>;

Cc:Seresmi INMI L. Spallanzani <seresmi@inmi.it>; Andrea Tardiola <atardiola@regione.lazio.it>; direzione.generale@asl.vt.it <direzione.generale@asl.vt.it>; cts <cts@protezionecivile.it>;

Caro Assessore in merito alla sua richiesta relativa al Comune di Celleno (Vt) le comunico che il Comitato Tecnico Scientifico ha espresso un unanime parere favorevole alle misure restrittive che verranno adottate

Cordiali saluti

Agostino Miozzo

Invia da iPhone

Il giorno 10 apr 2020, alle ore 10:26, Alessio D'Amato <a.damato@regione.lazio.it> ha scritto:

Egr. la ASL di Viterbo mi comunica che dall'esito di test su una casa di riposo di Celleno VT risultano 38 casi positivi di cui 5 dipendenti in isolamento a domicilio. Sempre a Celleno nei giorni scorsi erano stati riscontrati altri 7 casi legati ad ambiti familiari. E' in corso l'indagine epidemiologica da parte della ASL di Viterbo , ma l'insorgenza di nuovi casi impone ulteriori misure restrittive e si chiede di conoscere il parere del CTS per preparare l'ordinanza. Si richiede alla ASL di inviare con urgenza una relazione al SERESMI e alla Unità di crisi regionale. Cordialmente Alessio D'Amato

<image001.gif>

ALESSIO D'AMATO

ASSESSORE SANITÀ E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7
00145 Roma

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE
TEL. 0761 23 70 14/ 016 - FAX 0761 23 70 17
direzione.sanitaria@asl.vt.it

Prot. N. 26663

VITERBO, 10 APRILE 2020

All'Assessore alla Sanità
Dott. Alessio D'Amato

Alla Unità di Crisi Regione Lazio

Oggetto: relazione casi COVID Comune di Celleno

A decorrere dal 26 marzo 2020 sono stati riscontrati ad oggi 7 casi di cittadini COVID positivi , dall'indagine epidemiologica risulta abbiano partecipato ad una cena di compleanno dichiarata essere avvenuta il giorno 9 marzo .

In data 8 aprile 2020 sono risultati positivi alla ricerca del virus Sars-CoV-2 7 ospiti della casa di riposo Villa Noemi sita nel comune di Celleno successivamente in data 9 aprile sono state riscontrate ulteriori 26 positività tra gli ospiti e 5 tra gli operatori sanitari operanti presso la casa di riposo Villa Noemi di cui uno residente in Celleno .

Ad oggi quindi complessivamente risultano positivi al COVID 19 presenti nel Comune di Celleno 41 cittadini

Nella giornata di ieri 9 aprile è stato effettuato il sopralluogo da parte dei medici del SISP e sono stati disposti i seguenti provvedimenti :

- I pazienti COVID positivi sono sottoposti ad isolamento di coorte in spazi fisicamente separati dagli altri pazienti individuati in base alle caratteristiche strutturali della casa di riposo
- E' stata individuata una equipe di operatori dedicati ai quali sono stati forniti idonei DPI
- E' stato disposto il rispetto di tutte le indicazioni dettagliate inviate con note misure igienico sanitarie previste dalle linee guida ministeriali e regionali con particolare riferimento alla garanzia dei percorsi unilaterali dello sporco e del pulito
- Gli operatori COVID positivi sono stati posti in isolamento domiciliare fiduciario

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



In data odierna un'equipe clinica costituita da : medico infettivologo, infermiere infettivologo, medico pneumologo e medico geriatra sta effettuando la valutazione degli ospiti COVID positivi al fine di individuare rapidamente il più idoneo setting assistenziale (RSA COVID o ricovero ospedaliero), ciò al fine di effettuare il trasferimento degli ospiti positivi nel più breve tempo possibile .

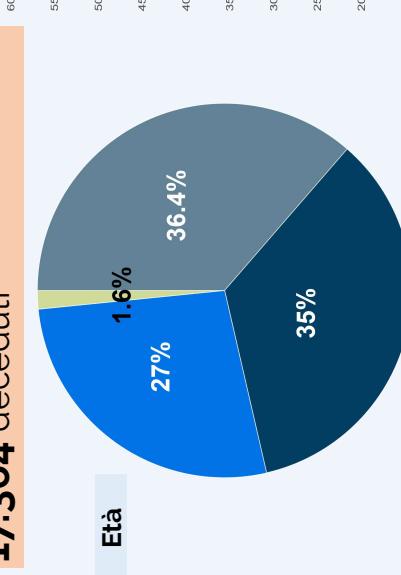
Direttore Sanitario Aziendale
Dott.ssa Antonella Proietti

15.314 operatori sanitari \$

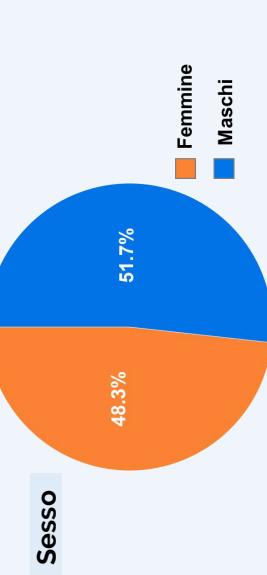
17.364 deceduti

(Ordinanza n. 640 del 27/02/2020)

AGGIORNAMENTO 10 aprile 2020



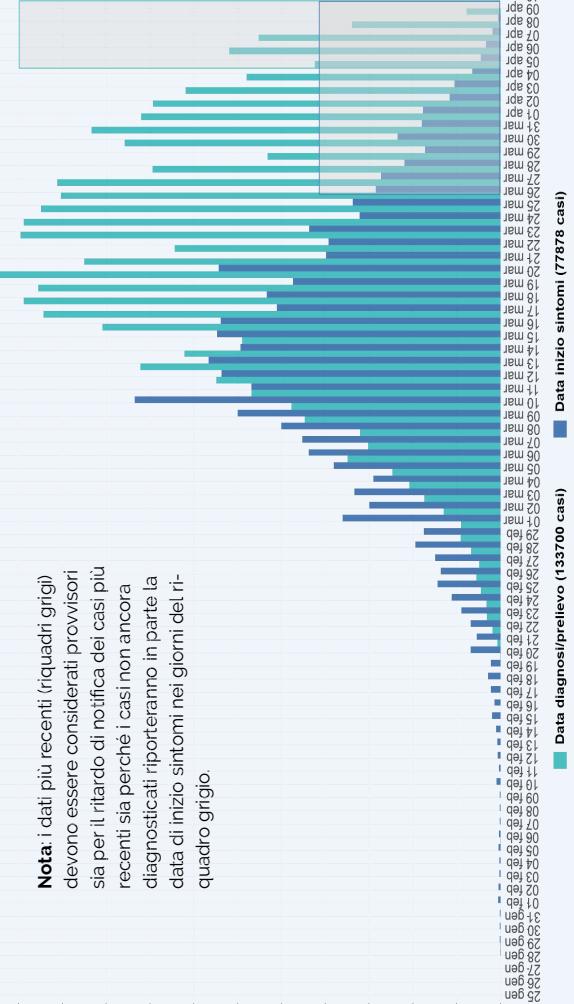
Età mediana dei casi: **62 anni**



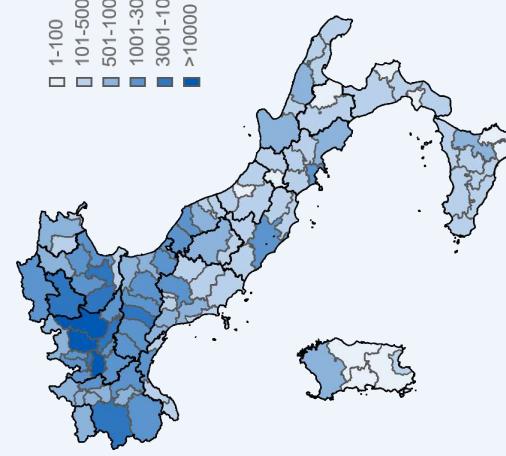
Fascia d'età (anni)	Deceduti in (%)	Letalità (%)
0-9	1 (0%)	0.1%
10-19	0 (0%)	0%
20-29	7 (0%)	0.1%
30-39	38 (0.2%)	0.4%
40-49	159 (0.9%)	0.9%
50-59	673 (3.9%)	2.5%
60-69	2020 (11.6%)	9.2%
70-79	5547 (31.9%)	23.8%
80-89	7015 (40.4%)	31.5%
>=90	1902 (11%)	26.5%
Non noto	2 (0%)	1.5%
Totali	17364 (100%)	12.5%

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n. 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0021570 14/04/2020

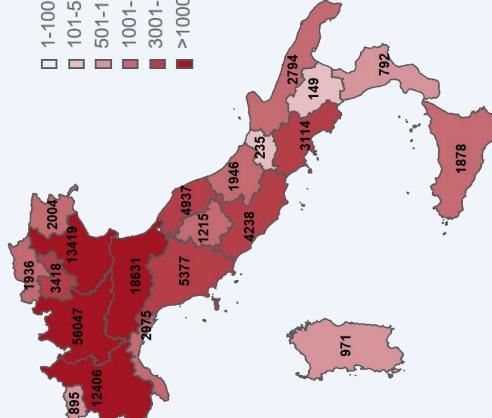
Sono risultati positivi il 99% dei campioni processati dal Laboratorio nazionale di riferimento presso l'Istituto Superiore di Sanità



Dato disponibile per **51.653** casi



Numero totale di casi di COVID-19 diagnosticati dai laboratori regionali di riferimento



per Provincia di domicilio/residenza

(dato disponibile per **134.943**)

*Il flusso ISS raccoglie dati individuali di casi con test positivo per SARS-CoV-2 diagnosticati dalle Regioni/PPAA. I dati possono differire dai dati forniti dal Ministero della Salute e dalla Protezione Civile che raccolgono dati aggregati. \$ Dato non riferito al luogo di esposizione ma alla professione.

Istituto Superiore di Sanità
Dipartimento COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica
A cura di: Task force COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica



Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie

SECONDO REPORT

Aggiornamento 06 aprile ore 9.00

Prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma

A cura di:

Antonio Ancidoni, Ilaria Bacigalupo, Guido Bellomo, Marco Canevelli, Maria Grazia Carella, Annamaria Confaloni, Alessio Crestini, Fortunato (Paolo) D'Ancona, Carla Faralli, Simone Fiacavento, Silvia Francisci, Flavia Lombardo, Eleonora Lacorte, Paola Luzi, Tania Lopez, Flavia Mayer, Maria Masocco, Monica Mazzola, Graziano Onder, Ilaria Palazzi, Luana Penna, Daniela Pierannunzio, Paola Piscopo, Maria Cristina Porrello, Giulia Remoli, Emanuela Salvi, Giulia Scaravelli, Andrea Siddi, Sabrina Sipone, Lucia Spezzale, Andrea Tavilla, Nicola Vanacore per ISS,

in collaborazione con Mauro Palma e Gilda Losito (Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale)

e con Gianluca Pucciarelli (Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione-Università di Tor Vergata), Daniela Accorgi (UsL Centro Toscana), Catia Bedosti (Ausl Imola- Emilia Romagna), Gabriella Carraro (Aulss 2 Veneto) Maria Mongardi (Dipartimento di Malattie Infettive – Università di Verona),

Il questionario online è stato preparato da Gianluca Ferrari dell'Area Comunicazione e Informatica srl.

Citare il documento come segue: Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, Istituto Superiore di Sanità. Epidemia COVID-19, Aggiornamento nazionale: 6 aprile 2020.

Il documento è scaricabile in formato pdf dal sito <https://www.epicentro.iss.it/>



Obiettivo

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) – in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale – ha avviato, a partire dal 24 marzo 2020, una survey specifica sul contagio da COVID-19 nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA) al fine di monitorare la situazione e adottare eventuali strategie di rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA).

L'indagine, rivolta al momento alle circa 2500 strutture censite nella mappa on line dei servizi per le demenze realizzata dall'Osservatorio Demenze dell'ISS (che raccoglie strutture sanitarie e sociosanitarie residenziali, pubbliche e/o convenzionate o a contratto, che accolgono persone prevalentemente con demenza), si basa sulla compilazione di un questionario finalizzato ad acquisire informazioni sulla gestione di eventuali casi sospetti/confermati di infezione da SARS-CoV-2.

Fonte dei dati e metodologia

La fonte dei dati è costituita, ad oggi, da 2399 RSA presenti in tutte le regioni Italiane e le due province autonome, incluse nel sito dell'Osservatorio Demenze dell'ISS. Ad ognuno dei referenti di ogni singola RSA è stato inviato un questionario di 29 domande che indaga la situazione in corso a partire dal 1 febbraio 2020 e le procedure ed i comportamenti adottati per ridurre il rischio di contagio da COVID-19. Il giorno successivo all'invio della email, con il link per la compilazione online del questionario, i componenti del gruppo di lavoro dell'ISS hanno contattato telefonicamente ogni referente della struttura con la finalità di fornire un supporto nella compilazione del questionario. Gli elenchi di ogni singola regione vengono continuativamente verificati durante il contatto telefonico ed aggiornati sulle informazioni relative alle email e ai recapiti telefonici. Ciò implica che il numero delle RSA potrà presentare delle minime modifiche nel corso della survey. Ogni lunedì verrà redatto e diffuso un aggiornamento dei risultati della survey.

Secondo il GNPL National Register – la banca dati realizzata dal Garante nazionale per la geolocalizzazione delle strutture sociosanitarie assistenziali sul territorio italiano – le RSA nel nostro Paese sono 4629 ed includono sia quelle pubbliche che quelle convenzionate con il pubblico e le private. Si sta procedendo ad un confronto fra le due fonti di dati per poter inviare il questionario, in una seconda fase, a tutte le strutture.

La survey è iniziata il 24 marzo 2020 ed ha coinvolto ad oggi 2166 RSA (90% del totale) distribuite in modo rappresentativo in tutto il territorio nazionale. Dal 25 marzo al 6 aprile sono state complessivamente effettuate dal gruppo di lavoro dell'ISS circa 1550 telefonate. Alle ore 9.00 del 06 aprile hanno risposto al questionario 577 strutture pari al 27% delle strutture contattate. La distribuzione per regione e le risposte al questionario da parte di queste 577 strutture sono riportate di seguito in questo report.



La maggior parte dei 577 questionari compilati provengono da Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Toscana e Lazio (tabella 1). Il tasso di risposta è stato del 26,6 %, con un'ampia variabilità regionale dallo 0% (Valle D'Aosta e Basilicata), a oltre il 40% per il Molise, Campania, Toscana e Piemonte. Tuttavia, anche se alcune regioni hanno un elevato tasso di risposta considerato il limitato tempo trascorso dall'invio dei questionari bisogna considerare che la rappresentatività delle risposte sul totale delle strutture presenti in regione coinvolge il 24 % delle strutture complessive presenti nei territori (tabella 1).

Tabella 1. Descrizione del numero di strutture pubbliche e convenzionate presenti, strutture contattate, risposte ottenute, per regione. Dato aggiornato al 06/04/2020.

	Numero di RSA pubbliche/convenzionate	% sul totale	contattate al 03 aprile	Risposte al 06/04	% sul totale dei contatti
LOMBARDIA	677	28.2	677	164	24.2
EMILIA ROMAGNA	348	14.5	248	86	34.7
VENETO	521	21.7	521	92	17.7
PIEMONTE	31	1.3	31	14	45.2
MARCHE	32	1.3	32	12	37.5
TOSCANA	82	3.4	82	60	73.2
CAMPANIA	15	0.6	12	5	41.7
LIGURIA	140	5.8	16	4	25.0
LAZIO	106	4.4	106	36	34.0
FRIULI VENEZIA GIULIA	72	3.0	72	16	22.2
SICILIA	39	1.6	39	8	20.5
PUGLIA	60	2.5	65	26	40.0
TRENTO	54	2.3	51	8	15.7
BOLZANO	37	1.5	37	1	2.7
ABRUZZO	16	0.7	16	3	18.8
UMBRIA	50	2.1	42	9	21.4
SARDEGNA	16	0.7	16	2	12.5
VALLE D'AOSTA	2	0.1	2	0	0.0
MOLISE	6	0.3	6	4	66.7
CALABRIA	94	3.9	92	27	29.3
BASILICATA	1	0.0	1	0	0.0
TOTALE	2399	100.0	2166	577	26.6



Figura 1 Cartogramma delle RSA per regione



1. Quanti sono complessivamente gli operatori sanitari e di assistenza in attività nella struttura?

In media sono stati riportati 2,6 medici per struttura, 10 infermieri e 35 OSS (con mediane rispettivamente pari a 2, 8 e 27). Circa l'8% delle strutture, ha dichiarato di non avere medici fra le figure professionali coinvolte nell'assistenza (figura1). Complessivamente, considerando le tre figure professionali, sono presenti mediamente 48 operatori per struttura, con una mediana di 37 operatori.

Inoltre, fra le figure che operano in struttura, si aggiungono fisioterapisti/terapisti/tecnicisti della riabilitazione, educatori/animate, psicologi e assistenti sociali, per una media complessiva di 5 operatori per struttura. A questi, si aggiungono varie tipologie di figure professionali quali, fra le più diffuse, ausiliari socio-assistenziali, responsabili di attività assistenziali, addetti di assistenza di base, oltre che, ovviamente, addetti alle pulizie e ausiliari cucina, manutentori, personale amministrativo.

Figura 2. Frequenza delle RSA per numero di medici in attività nella struttura

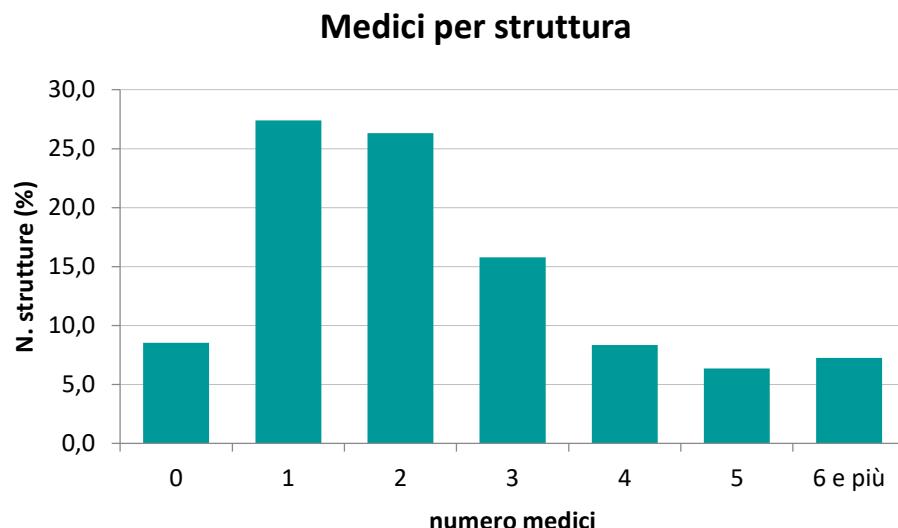


Figura 3. Frequenza delle RSA per numero di infermieri in attività nella struttura

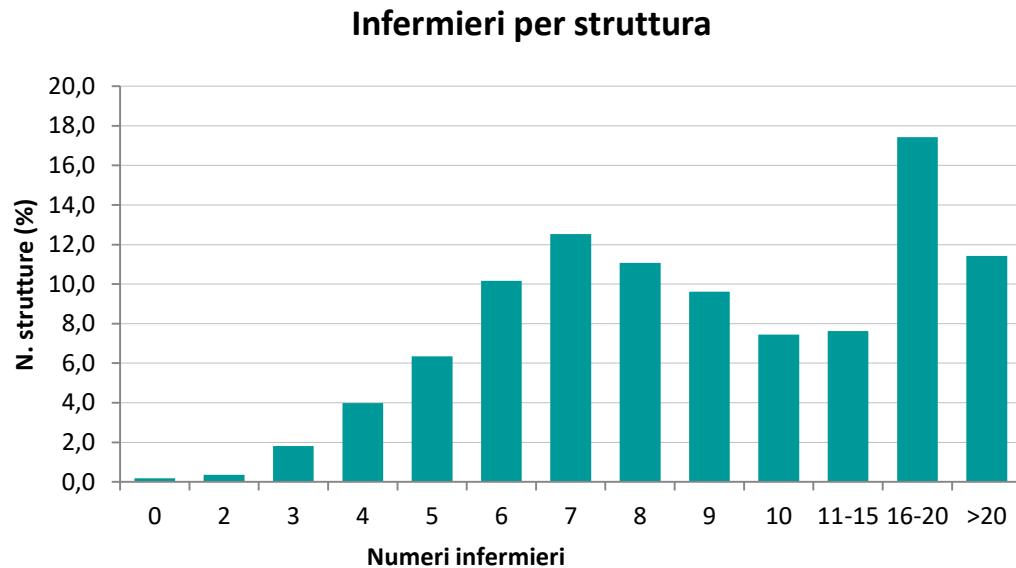
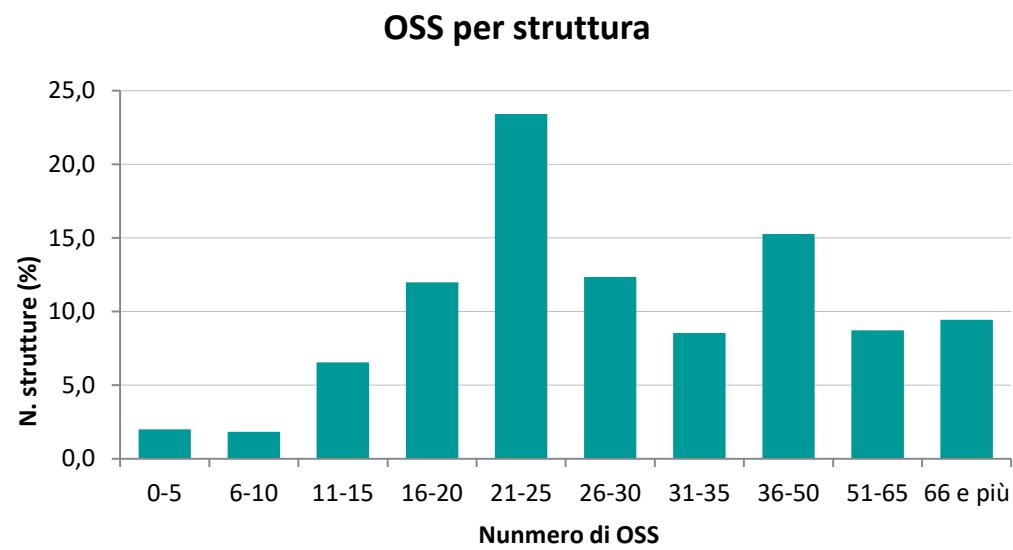


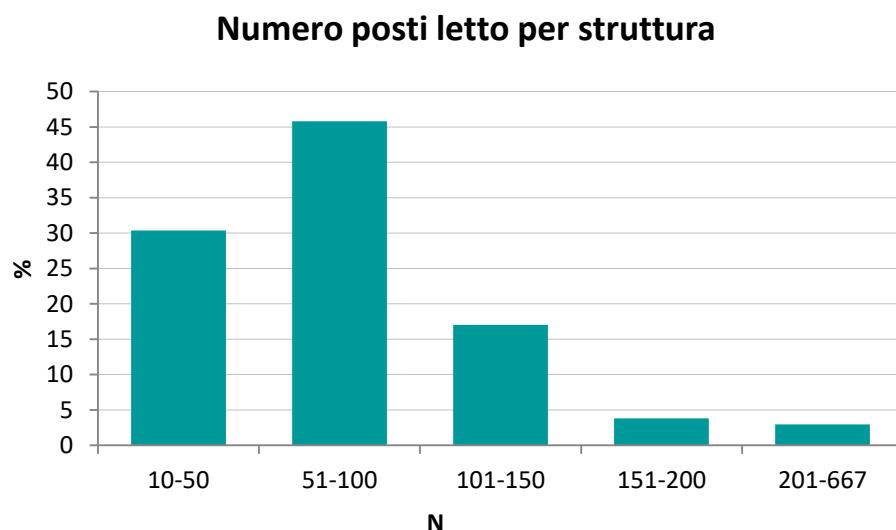
Figura 4. Frequenza delle RSA per numero di OSS in attività nella struttura



2. Quanti sono i posti letto della struttura?

Mediamente sono stati riportati 80 posti letto per struttura, con un range da 10 a 667 posti letto. Considerando il numero medio di posti letto per operatore (somma di medici, infermieri e OSS), si osserva un rapporto medio di 2 posti letto per ogni operatore (range 0.9 –7.8). Considerando solo i medici e gli infermieri, si ottiene una media di 7 posti letto per figura professionale con un minimo di 0.6 e un massimo di 20.

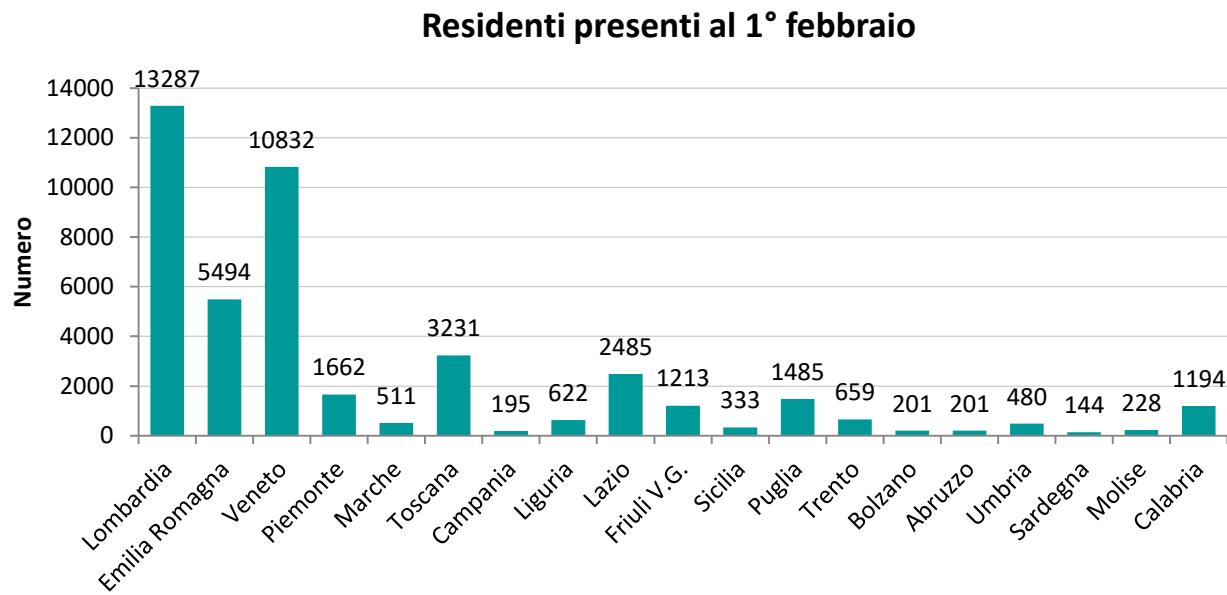
Figura 5. Frequenza delle RSA per numero di posti letto



3. Quanti residenti erano presenti nella struttura al 1° febbraio?

Le 572 strutture che hanno risposto alla domanda (cinque strutture non hanno risposto) hanno riportato un totale di 44457 residenti alla data del 1° febbraio 2020, con una media di 78 residenti per struttura (range 8-632). I dati sono riportati per regione in figura2.

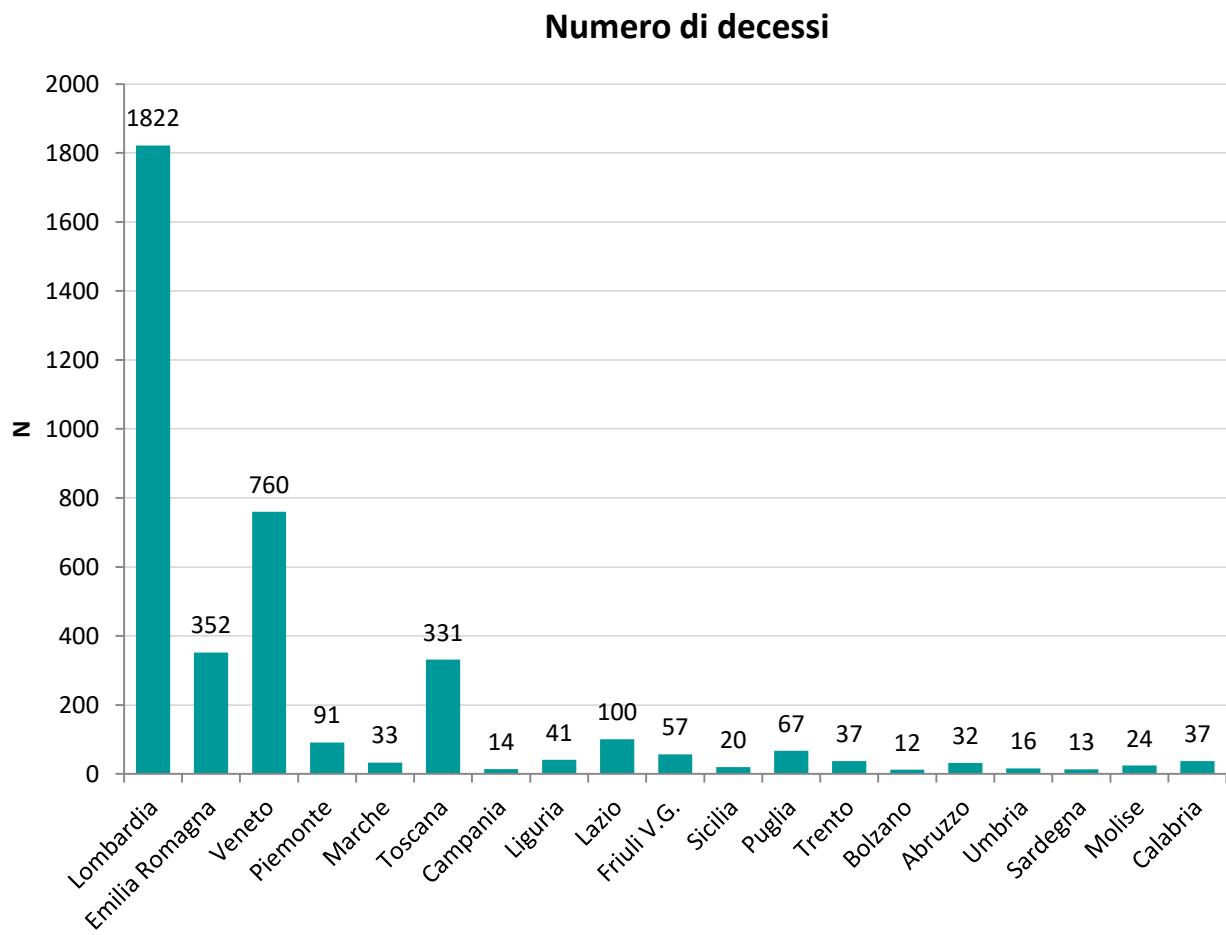
Figura 6. Numero totale di residenti presenti al 1° febbraio nelle strutture, per regione



4. Quanti residenti sono deceduti nella struttura dal 1° febbraio ad oggi?

In totale, 3859 residenti sono deceduti dal 1° febbraio alla data della compilazione del questionario (26 marzo-6 aprile). La percentuale maggiore di decessi, sul totale dei decessi riportati, è stata registrata in Lombardia (47.2%) e in Veneto (19.7%). I dati sul numero totale di decessi si riferiscono a 576 strutture, poiché una struttura non riporta risposte alla maggior parte delle domande, e sono riportati in figura 7. Il tasso di mortalità, calcolato come numero di deceduti sul totale dei residenti (somma dei residenti al 1 febbraio e nuovi ingressi dal 1 marzo), è complessivamente pari al 8.4%.

Figura 7. Numero totale dei decessi nelle RSA dal 1°febbraio, per regione



5. Quanti tra i residenti deceduti nella struttura dal 1° febbraio ad oggi erano COVID-19 positivi? (conferma da tampone)

Il numero dei residenti deceduti risultato positivo è riportato in figura 8. Questa variabile risente delle politiche adottate da ciascuna Regione, e a volte da ciascuna ASL o distretto sanitario, sull'indicazione ad eseguire i tamponi.

6. Complessivamente quanti tra i residenti deceduti nella struttura dal 1°febbraio ad oggi presentavano sintomi simil-influenzali, respiratori (per esempio febbre, tosse o dispnea) o polmonite (indipendentemente dall'esecuzione del test per COVID-19)?

Tra il totale dei 3859 soggetti deceduti, 133 erano risultati positivi al tampone e 1310 avevano presentato sintomi simil-influenzali. In sintesi, il 37.4% del totale dei decessi (1443/3859) ha interessato residenti con riscontro di infezione da SARS-CoV-2 o con manifestazioni simil-influenzali. Il tasso di mortalità fra i residenti (residenti al 1° febbraio e nuovi ingressi dal 1° marzo), considerando i decessi di persone risultate positive o con sintomi simil-influenzali, è del 3.1% ma sale fino al 6.8% in Lombardia. Da un ulteriore approfondimento, risulta che in Lombardia e in

Liguria circa un quarto delle strutture (rispettivamente il 23% e il 25%), presenta un tasso di mortalità maggiore o uguale al 10%.

Figura 8. Numero dei decessi COVID-19 positivi (conferma da tampone) e con sintomi simil-influenzali, per regione

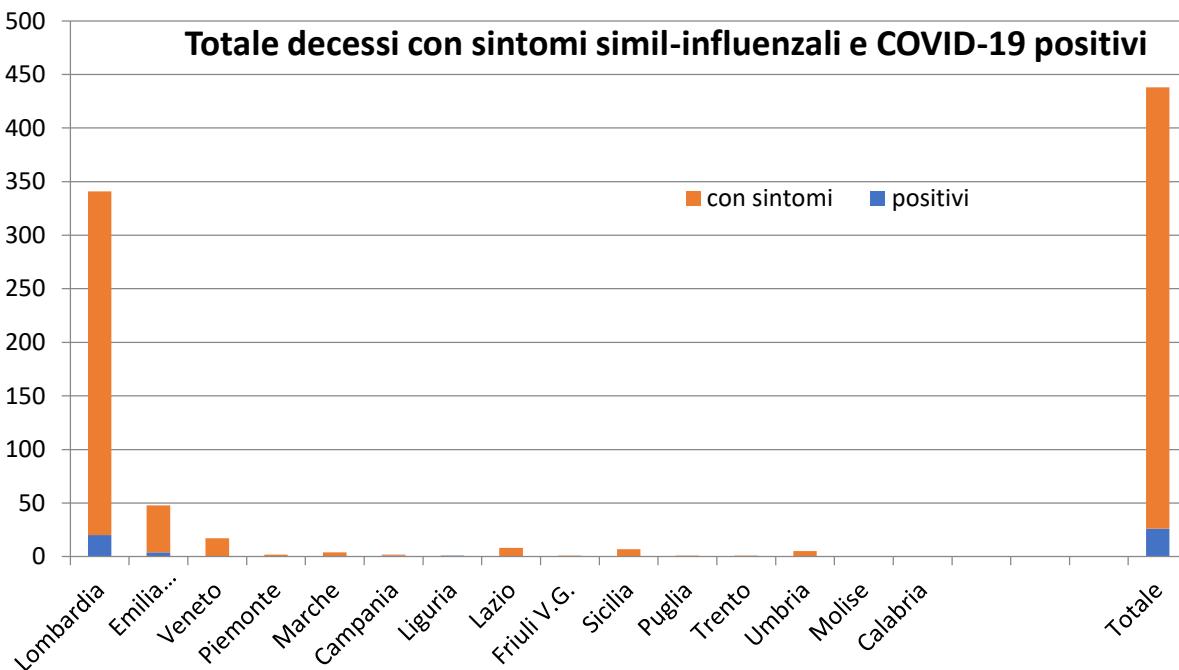




Tabella 2. Numero dei decessi totali, COVID-19 positivi (conferma da tampone) e con sintomi simil-influenzali, per regione

	Totale decessi	COVID19 positivi	con sintomi simi- influenzali	Totali Covid19+ e sintomi	Tot. deceduti COVID19 + sintomi, %	Tasso mortalità COVID19 + sintomi, %
Lombardia	1822	60	874	934	51.3	6.8
Emilia Romagna	352	24	152	176	50.0	3.1
Veneto	760	16	109	125	16.4	1.1
Piemonte	91	0	16	16	17.6	0.9
Marche	33	2	7	9	27.3	1.7
Toscana	331	15	86	101	30.5	3.0
Campania	14	1	4	5	35.7	2.5
Liguria	41	13	8	21	51.2	3.2
Lazio	100	1	16	17	17.0	0.7
Friuli V.G.	57	1	6	7	12.3	0.5
Sicilia	20	0	7	7	35.0	1.9
Puglia	67	0	1	1	1.5	0.1
Trento	37	0	6	6	16.2	0.9
Bolzano	12	0	2	2	16.7	1.0
Abruzzo	32	0	0	0	0.0	0.0
Umbria	16	0	9	9	56.3	1.9
Sardegna	13	0	4	4	30.8	2.6
Molise	24	0	2	2	8.3	0.9
Calabria	37	0	1	1	2.7	0.1
Totale	3859	133	1310	1443	37.4	3.1



Poiché l'indicazione dei decessi per intervallo temporale è stata richiesta solo a partire dal 30 marzo, la distribuzione temporale dei decessi è disponibile solo per 1854 eventi.

Tab 2 bis Distribuzione temporale dei decessi

	Non definito	Definito	Decessi per intervallo temporale (%)				
			1-15/02	16-29/02	1-15/03	16-31/03	1-15/04
Lombardia	1093	729	13.8	15.2	20.3	49.7	1.1
Emilia R.	185	167	14.9	12.2	25.7	41.2	6.1
Veneto	405	355	21.2	21.5	25.8	26.9	4.5
Piemonte	42	49	14.3	16.3	18.4	49.0	2.0
Marche	27	6	33.3	16.7	16.7	33.3	0.0
Toscana	27	304	19.2	14.4	23.4	40.7	2.4
Campania	3	11	36.4	36.4	18.2	9.1	0.0
Liguria	40	1	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0
Lazio	57	43	14.0	14.0	30.2	41.9	0.0
Friuli V.G.	21	36	28.6	28.6	21.4	21.4	0.0
Sicilia	19	1	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0
Puglia	36	31	19.4	25.8	22.6	29.0	3.2
Trento	16	21	28.6	19.0	28.6	23.8	0.0
Bolzano	12	0	-	-	-	-	-
Abruzzo	0	32	12.0	32.0	20.0	36.0	0.0
Umbria	6	10	10.0	10.0	20.0	50.0	10.0
Sardegna	6	7	42.9	42.9	0.0	14.3	0.0
Molise	5	19	26.3	10.5	31.6	31.6	0.0
Calabria	5	32	9.4	21.9	37.5	31.3	0.0
Totali	2005	1854	16.9	17.2	23.0	40.6	2.4

7. Quanti residenti sono stati ospedalizzati dal 1° febbraio ad oggi?

Nel periodo considerato, 1969 persone residenti nelle 570 RSA rispondenti sono stati ospedalizzati. Per ospedalizzazione si intende tutti i ricoveri effettuati per qualsiasi causa, quindi tutti i ricoveri di almeno un giorno dovuti sia per procedure elettive che per cause di emergenza. Il rapporto tra ospedalizzati e numero di strutture per regione è riportato nella tabella 3



Tabella 3. Rapporto tra ospedalizzati e numero di strutture per regioni

	ospedalizzati	Strutture*	Rapporto ospedalizzati/ strutture
LOMBARDIA	261	160	1.6
EMILIA ROMAGNA	363	86	4.2
VENETO	544	91	6.0
PIEMONTE	62	14	4.4
MARCHE	37	12	3.1
TOSCANA	265	59	4.5
CAMPANIA	9	5	1.8
LIGURIA	42	4	10.5
LAZIO	132	36	3.7
FRIULI VENEZIA GIULIA	78	15	5.2
SICILIA	22	8	2.8
PUGLIA	43	26	1.7
TRENTO	13	8	1.6
BOLZANO	9	1	9.0
ABRUZZO	26	3	8.7
UMBRIA	22	9	2.4
SARDEGNA	10	2	5.0
MOLISE	5	4	1.3
CALABRIA	26	27	1.0
TOTALE	1969	570	3.4

*Strutture che hanno risposto alla domanda

8. Quanti tra i residenti ospedalizzati dal 1° febbraio ad oggi erano COVID-19 positivi? (conferma da tampone)

Il numero dei residenti ospedalizzati è riportato in figura 9. Anche questa variabile risente delle politiche adottate da ciascuna Regione, e a volte da ciascuna ASL o distretto sanitario, sull'indicazione ad eseguire i tamponi.

9. Quanti tra i residenti ospedalizzati dal 1° febbraio ad oggi presentavano sintomi simi-influenzali, respiratori (per esempio febbre, tosse o dispnea) o polmonite (indipendentemente dall'esecuzione del test per COVID-19)?

Nella figura 9 e nella tabella 4 sono riportati gli ospedalizzati COVID-19 positivi e i pazienti con sintomi simi-influenzali per regione. Anche questa variabile risente delle politiche adottate da ciascuna Regione, e a volte da ciascuna ASL o distretto sanitario, sull'indicazione ad eseguire i tamponi. Complessivamente, circa la metà degli ospedalizzati (48.5%) era costituito da queste due categorie di pazienti.

Figura 9. Numero di residenti ospedalizzati COVID-19 positivi (conferma da tampone) e con sintomi simil-influenzali, per regione

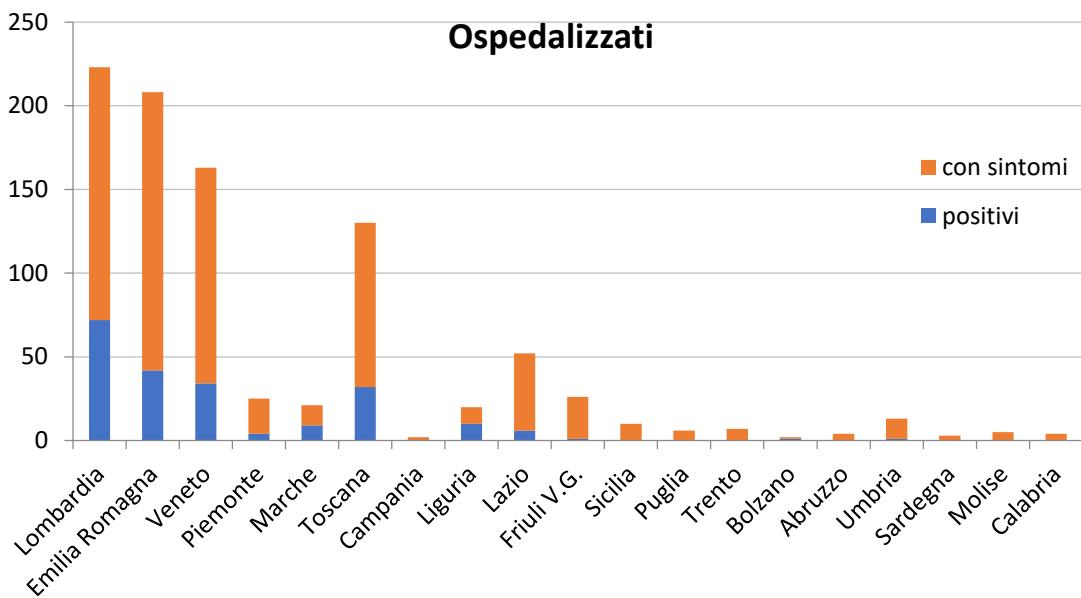




Tabella 4. Residenti ospedalizzati, totali, positivi e con sintomi simil-influenzali, per regione

	ospedalizzati	positivi covid19	sintomi simil influenzali	% positivi + sintomi/ ospedalizzati
LOMBARDIA	261	72	151	85.4
EMILIA ROMAGNA	363	42	166	57.3
VENETO	544	34	129	30.0
PIEMONTE	62	4	21	40.3
MARCHE	37	9	12	56.8
TOSCANA	265	32	98	49.1
CAMPANIA	9	0	2	22.2
LIGURIA	42	10	10	47.6
LAZIO	132	6	46	39.4
FRIULI VENEZIA GIULIA	78	1	25	33.3
SICILIA	22	0	10	45.5
PUGLIA	43	0	6	14.0
TRENTO	13	0	7	53.8
BOLZANO	9	1	1	22.2
ABRUZZO	26	0	4	15.4
UMBRIA	22	1	12	59.1
SARDEGNA	10	0	3	30.0
MOLISE	5	0	5	100.0
CALABRIA	26	0	4	15.4
TOTALE	1906	212	712	48.5

10. Quanti nuovi ricoveri sono stati eseguiti dal 1° marzo ad oggi presso la vostra struttura?

Dalla tabella 5 si evince che vi sono stati 1468 nuovi ricoveri nelle 568 strutture rispondenti nel periodo esaminato e si rileva una consistente variabilità regionale in rapporto al numero delle strutture finora incluse nella survey.



Tabella 5. Rapporto tra nuovi ricoveri e numero di strutture per regioni

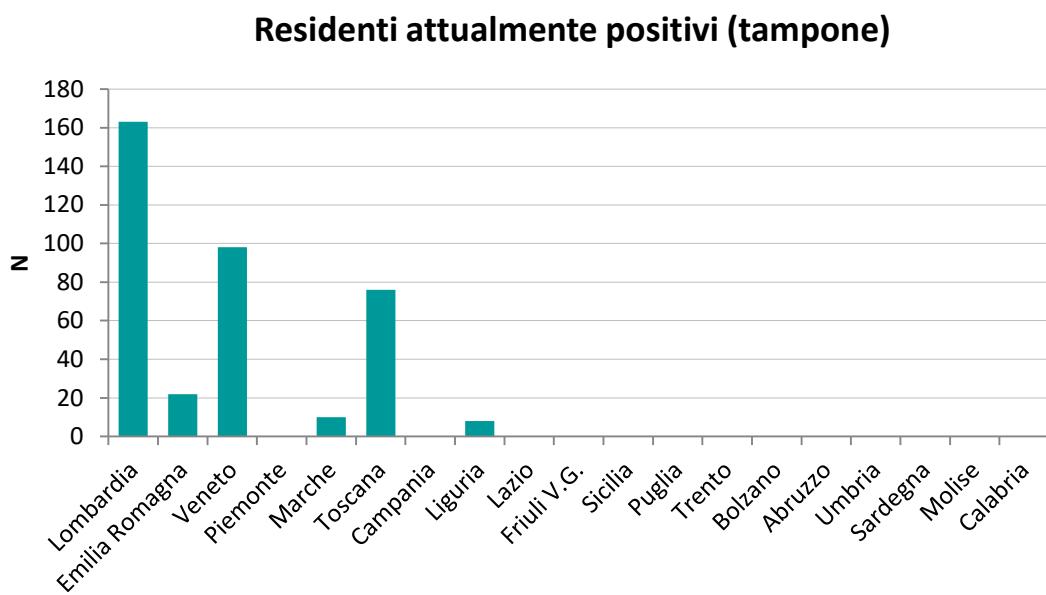
	nuovi ricoveri	Strutture*	Rapporto ricoveri/strutture
LOMBARDIA	365	159	2.3
EMILIA ROMAGNA	230	85	2.7
VENETO	318	92	3.5
PIEMONTE	42	13	3.2
MARCHE	33	12	2.8
TOSCANA	132	60	2.2
CAMPANIA	2	5	0.4
LIGURIA	28	3	9.3
LAZIO	66	36	1.8
FRIULI VENEZIA GIULIA	90	15	6.0
SICILIA	43	8	5.4
PUGLIA	17	26	0.7
TRENTO	10	8	1.3
BOLZANO	6	1	6.0
ABRUZZO	30	3	10.0
UMBRIA	5	9	0.6
SARDEGNA	8	2	4.0
MOLISE	5	4	1.3
CALABRIA	38	27	1.4
TOTALE	1468	568	2.6

* Strutture che hanno risposto alla domanda

11. Quanti pazienti COVID-19 positivi (conferma da tampone) sono attualmente presenti nella struttura? Quanti con sintomi influenzali/polmonite (Indipendentemente dall'esecuzione del test per COVID-19)?

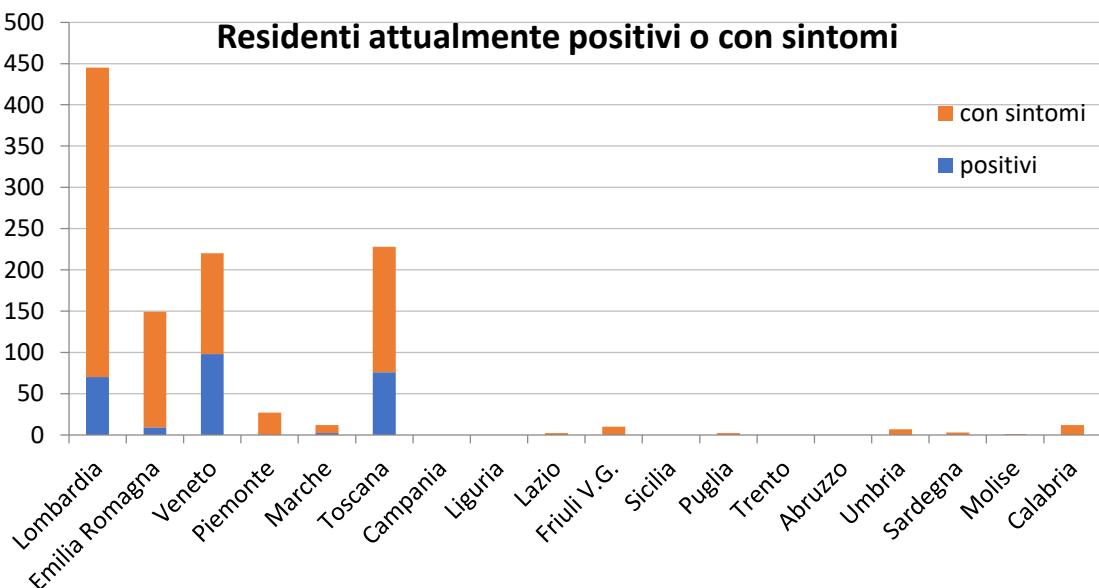
Solo in sei regioni le strutture interpellate hanno riportato di avere attualmente residenti positivi al COVID-19, nello specifico, la Lombardia (n=163), l'Emilia Romagna (n=22), il Veneto (n=98), le Marche (n=10), la Toscana (n=76) e la Liguria (n=8)

Figura 10a. Numero totale di residenti COVID-19 positivi per regione



L'informazione sui residenti attualmente presenti con sintomi simil-inflenzali, è stata inserita successivamente, al secondo invio del questionario, pertanto è riferita a 321 strutture. Nella figura che segue, pertanto, sono state riportate solo per le strutture rispondenti il numero di residenti presenti al momento della risposta, positivi e che presentavano sintomi simil-influenzali.

Figura 10b. Numero totale di residenti COVID-19 positivi e con sintomi influenzali/polmonite per regione





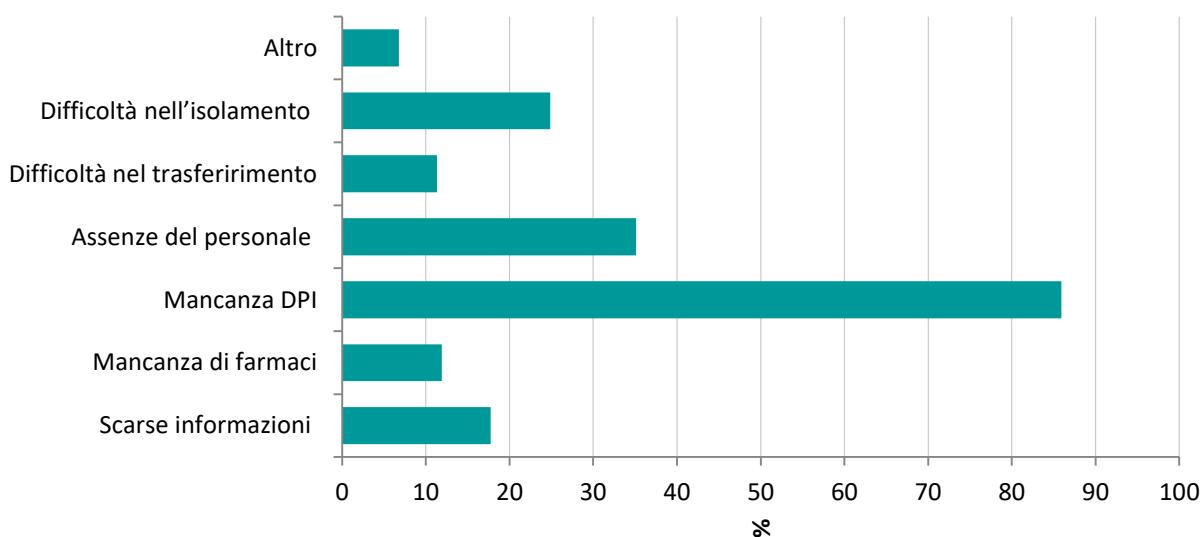
12. Quali sono le principali difficoltà nel corso dell'epidemia di coronavirus? (più di una risposta valida)

- a. Scarse informazioni ricevute circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione
- b. Mancanza di farmaci
- c. Mancanza Dispositivi Protezione Individuale
- d. Assenze del personale sanitario
- e. Difficoltà nel trasferire i residenti affetti da COVID-19 in strutture ospedaliere
- f. Difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da COVID-19
- g. Altro (specificare)

Delle 547 strutture che hanno risposto alla domanda, 470 (85.9%) hanno riportato la mancanza di Dispositivi di Protezione Individuale, mentre 97 (17.7%) hanno riportato una scarsità di informazioni ricevute circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione. Inoltre, 65 (11.9%) strutture segnalano una carenza di farmaci, 192 (35.1%) l'assenza di personale sanitario e 62 (11.3%) difficoltà nel trasferire i residenti affetti da COVID-19 in strutture ospedaliere. Infine, 136 strutture (24.9%) dichiarano di avere difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da COVID-19 e 37 (6.8%) hanno dichiarato altro, specificando fra le principali difficoltà quelle di reperire i DPI e l'impossibilità di eseguire tamponi.

Figura 11. Principali difficoltà riscontrate

Difficoltà nel corso dell'epidemia



13. In accordo al DPCM 08/03/2020 avete vietato le visite di familiari/badanti ai familiari ricoverati?

Tutte le strutture che hanno risposto alla domanda (n=571), hanno risposto sì. La data in cui è stato preso il provvedimento è compresa tra il 15 febbraio e il 26 marzo, e l'87% delle strutture ha adottato il provvedimento tra il 24 febbraio e il 9 marzo. Pochissime sono state le eccezioni al divieto di visita, principalmente solo in caso di grave peggioramento o in fase terminale (fin di vita).

14 . Sono state adottate forme di comunicazione con i familiari/badanti alternative alle visite presso la struttura?

Solo quattro strutture hanno dichiarato di non aver adottato forme di comunicazione con i familiari/badanti alternative alle visite presso la struttura. Il 63% delle strutture che hanno adottato forme di comunicazione alternative alle visite (n= 568) riferisce di ricorrere a telefonate e videochiamate, il 21% solo a videochiamate, il 10% solo a telefonate ed il restante 6% a forme alternative quali il ricorso ai social ed invio di email.

15. È stata riscontrata positività a tamponi per SARS-COV-2 nel personale della struttura?

Su 560 strutture che hanno risposto a questa domanda 97 (17,3%) hanno dichiarato una positività per SARS-CoV-2 del personale della struttura. La regione che presenta una frequenza più alta di strutture con personale riscontrato positivo è la Lombardia (34.6%), seguita dalla provincia di Trento e Liguria (entrambe 25%), Marche (16.7%), Toscana (15.8%), Veneto (14.6%), Friuli Venezia Giulia (13.3%) e valori inferiori al 10% o uguali a zero per le altre regioni. Questa variabile risente delle politiche adottate da ciascuna Regione, e a volte da ciascuna ASL o distretto sanitario, sull'indicazione ad eseguire i tamponi.





16. È stato sviluppato un piano/procedura scritta di gestione del residente con COVID-19 (sospetta o confermata)?

Su 569 strutture che hanno risposto a questa domanda 519 (91.2%) hanno dichiarato la presenza di un piano/procedura scritta, mentre 50 (8.8%) hanno dichiarato di non averne.

17. È stata ricevuta una consulenza ad hoc per la gestione clinica e/o di prevenzione e controllo per COVID 19?

Su 568 strutture che hanno risposto a questa domanda, 205 (36.1%) hanno risposto in modo affermativo e 363 (63.9%) in modo negativo.

18. La gestione del residente con COVID-19 (sospetta o confermata) viene svolta da:

- a. MMG
- b. Personale medico della struttura
- c. Consulenti esterni
- d. Altro (specificare)

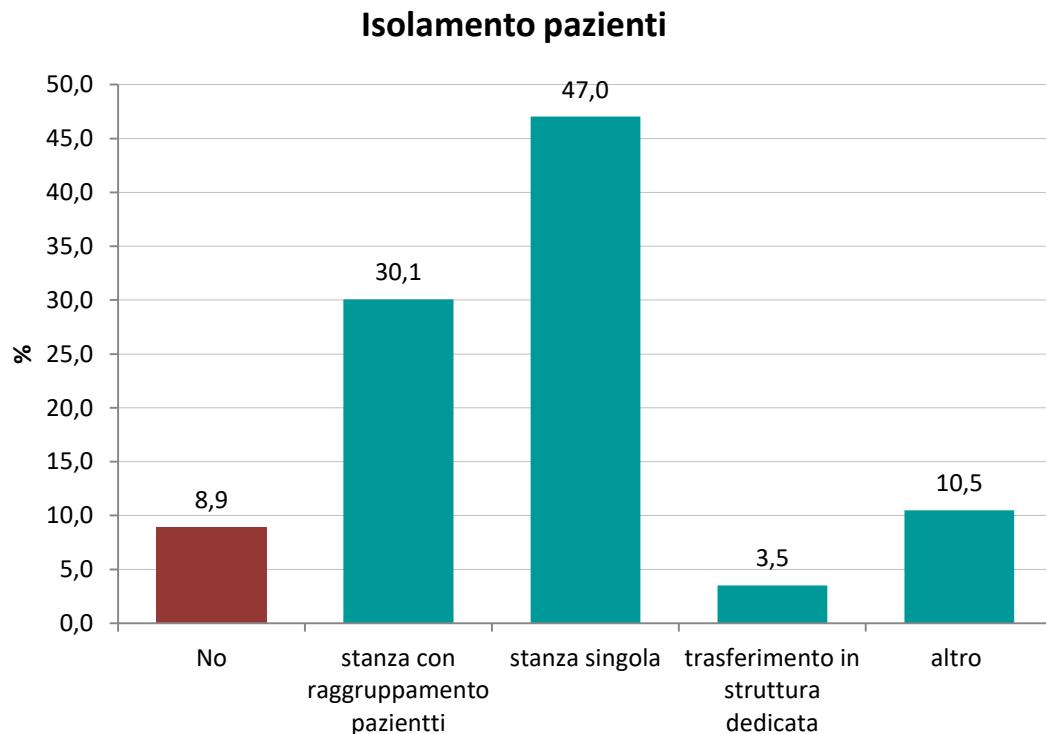
Per il 52.2% delle 542 RSA che hanno risposto alla domanda la gestione del residente è affidata al personale medico della struttura, per il 15.5% dal personale medico insieme al MMG e per il 21.4% esclusivamente dal MMG. Solo per pochi casi (7.9%) vengono coinvolti anche consulenti esterni e per i rimanenti altri casi (2.9%) la gestione viene effettuata con altre modalità.

19. È possibile isolare i residenti qualora sia confermata o sospetta l'infezione da COVID-19?

- Si (stanza singola)
- Si (stanza con raggruppamento pazienti COVID-19)
- SI (trasferimento in struttura dedicata)
- Si (altro specificare)
- No

Hanno risposto 572 strutture con le frequenze riportate in figura 11. Un totale di 269 RSA (47%) hanno dichiarato di poter disporre di una stanza singola per i residenti con infezione confermata o sospetta.

Figura 11. Frequenza delle strutture per modalità di isolamento dei residenti



20. La struttura è dotata di un registro per la contenzione fisica e per il suo monitoraggio?

Nel 93% dei casi (527 su 567), le strutture sono dotate di un registro per la contenzione fisica e per il suo monitoraggio. Si definisce contenzione fisica qualunque azione o procedura che impedisca ad una persona il movimento libero del proprio corpo e/o l'accesso al proprio corpo tramite qualsiasi metodo sia esso a contatto o adiacente al corpo stesso e che non sia facilmente rimovibile e controllabile (Bleijlevens MHC et al. "Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique", J Am Geriatr Soc 2016; 64(11):2307-2310).

21. Quante contenzioni fisiche sono state applicate dal 1° febbraio ad oggi per la gestione del paziente?

In media, sono state effettuate 13 contenzioni (DS 26.8, range 0-204) per struttura, per un totale di 7190 contenzioni complessive in tutte le strutture interrogate.

La variabilità del numero medio di contenzioni effettuato per struttura è elevata, con un valore massimo di 21 contenzioni per struttura in Veneto, e nullo in Campania e Abruzzo, anche se per queste due regioni le strutture intervistate sono poche unità. La risposta al quesito dipende da come il rispondente ha interpretato la definizione di contenzione. La variabilità osservata risente del tipo di struttura (es. 1°, 2° o 3° livello) interpellata e quindi del tipo di residenti ospitati dalla struttura e dal loro livello di autonomia.

Tabella 6 Distribuzione complessiva del numero di contenzione per regione e numero medio per struttura.

	numero contenzioni	media per RSA
LOMBARDIA	2427	16.3
EMILIA ROMAGNA	1316	16.5
VENETO	1718	21.2
PIEMONTE	207	15.9
MARCHE	86	7.8
TOSCANA	526	9.1
CAMPANIA	0	0.0
LIGURIA	28	9.3
LAZIO	310	8.9
FRIULI VENEZIA GIULIA	92	7.7
SICILIA	16	2.3
PUGLIA	209	8.0
TRENTO	133	16.6
BOLZANO	2	2.0
ABRUZZO	0	0.0
UMBRIA	83	9.2
SARDEGNA	14	7.0
MOLISE	6	1.5
CALABRIA	17	0.7
TOTALE	7190	13.5



22. È stato rilevato un incremento dell'uso di psicofarmaci (benzodiazepine, antidepressivi, antipsicotici) dal 1° Febbraio ad oggi?

Solo 24 RSA (il 4.2%) ha rilevato un aumento del consumo di psicofarmaci, a carico principalmente degli antipsicotici. La variabilità osservata risente del tipo di struttura (es. 1°, 2° o 3° livello) interpellata e quindi del tipo di residenti ospitati dalla struttura e dal loro livello di autonomia.

23. Sono stati registrati eventi avversi (incidenti, azioni conflittuali, aggressioni, cadute...) dal 1° febbraio ad oggi?

Il 34% delle strutture (195/566) ha riportato il verificarsi di eventi avversi, per un totale di 877 episodi. Solo 20 eventi hanno coinvolto esclusivamente il personale, 787 hanno visto coinvolti esclusivamente gli ospiti e 70 sia personale che ospiti. La maggior parte degli eventi si è verificata nel Piemonte e nelle regioni maggiormente coinvolte dal contagio eccetto che per Emilia Romagna, anche se il numero degli eventi rapportato al totale dei residenti nelle strutture intervistate per regione, è piuttosto basso, variando dallo 0 al 4.3%.

La variabile include nella definizione di eventi avversi qualsiasi evento che abbia determinato un danno di qualsiasi entità al personale o ai residenti. Quindi sono inclusi eventi accidentali come cadute e incidenti di vario genere, sia conflitti o eventuali aggressioni.

Gli eventi riguardanti il personale possono includere incidenti con materiali (es. aghi, taglienti), con strumentazioni, ecc.

Gli eventi riguardanti i residenti possono includere cadute, incidenti con oggetti di arredo, scale ecc.

Gli eventi riguardanti personale e residenti (la minoranza) possono includere anche eventi accidentali (es. impossibilità del personale a evitare la caduta del residente in manovre come spostamenti dal letto o dalla sedia a rotelle).



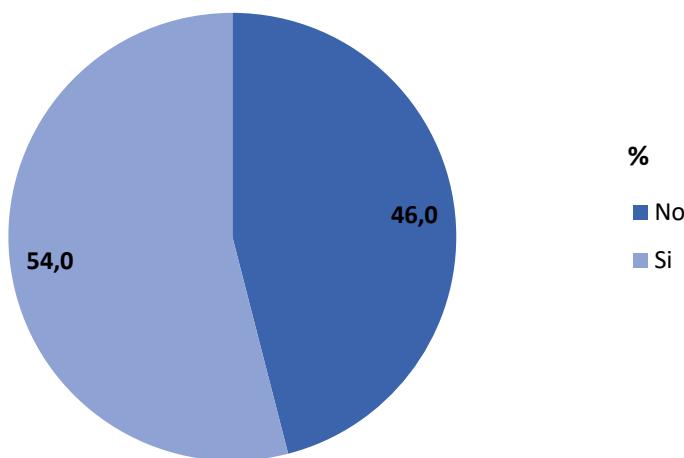
Tabella 7. Numero di eventi avversi registrati per regione in media sul numero di RSA

	numero eventi avversi	strutture	ev.avversi/strutture
LOMBARDIA	263	162	1.6
EMILIA ROMAGNA	99	83	1.2
VENETO	256	90	2.8
PIEMONTE	73	14	5.2
MARCHE	7	12	0.6
TOSCANA	64	59	1.1
CAMPANIA	0	4	0.0
LIGURIA	2	4	0.5
LAZIO	53	35	1.5
FRIULI VENEZIA GIULIA	12	15	0.8
SICILIA	6	8	0.8
PUGLIA	15	26	0.6
TRENTO	16	8	2.0
BOLZANO	0	1	0.0
ABRUZZO	0	3	0.0
UMBRIA	6	9	0.7
SARDEGNA	0	2	0.0
MOLISE	0	4	0.0
CALABRIA	5	27	0.2
TOTALE	877	566	1.5



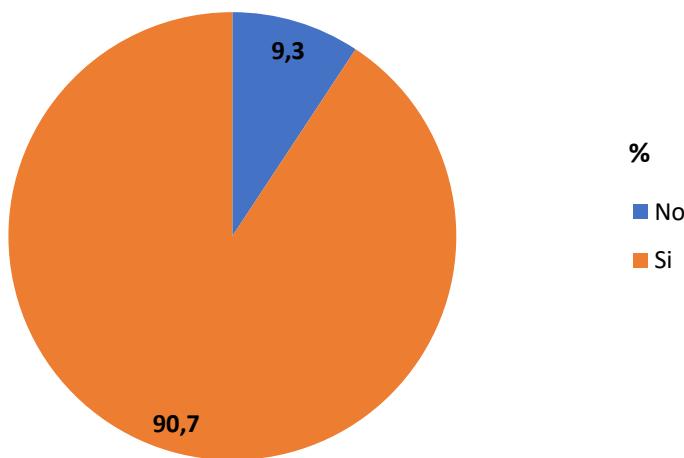
24. È stato eseguito un programma di formazione del personale sanitario e di assistenza anche con esercitazioni pratiche specifico per COVID 19? (Corso FAD dell'ISS, video...)

Formazione del personale



25. È stato eseguito un programma di formazione del personale sanitario e di assistenza sull'uso corretto dei DPI?

Formazione per uso DPI





26. Sono state prese iniziative per la sensibilizzazione dei residenti relativamente alla prevenzione e controllo del COVID -19?

Iniziative di sensibilizzazione dei residenti

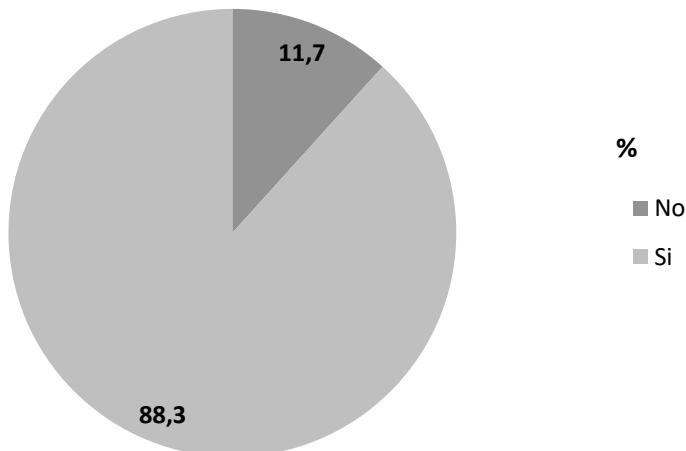


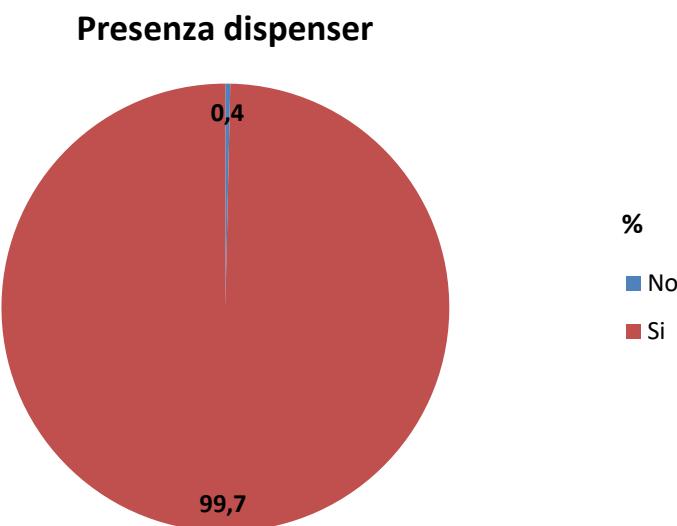


Tabella 8. Frequenza della presenza di programmi di formazione del personale, di formazione per uso corretto di DPI e iniziative di sensibilizzazione sul numero di RSA

	Formazione del personale sanitario		Formazione uso DPI		Iniziative di sensibilizzazione	
	n	%	n	%	n	%
Lombardia	80	48.8	155	95.1	137	83.5
Emilia Romagna	52	60.5	77	89.5	76	89.4
Veneto	55	60.4	82	90.1	82	90.1
Piemonte	8	57.1	13	92.9	14	100.0
Marche	2	16.7	7	63.6	10	83.3
Toscana	26	44.1	52	86.7	59	98.3
Campania	4	80.0	4	80.0	4	80.0
Liguria	3	75.0	4	100.0	2	50.0
Lazio	26	72.2	33	94.3	34	94.4
Friuli V.G.	4	26.7	11	73.3	15	100.0
Sicilia	4	50.0	6	75.0	8	100.0
Puglia	17	65.4	25	96.2	24	92.3
Trento	3	37.5	7	87.5	6	75.0
Bolzano	1	100.0	1	100.0	1	100.0
Abruzzo	2	66.7	3	100.0	2	100.0
Umbria	6	66.7	7	87.5	9	100.0
Sardegna	1	50.0	2	100.0	2	100.0
Molise	1	25.0	3	75.0	1	25.0
Calabria	15	55.6	26	96.3	19	73.1
Total	310	54.0	518	90.7	505	88.3



27. Sono presenti nella struttura dispenser di gel idroalcolico a disposizione del personale ?



28. Viene misurata la temperatura due volte al giorno ai residenti e al personale della struttura?

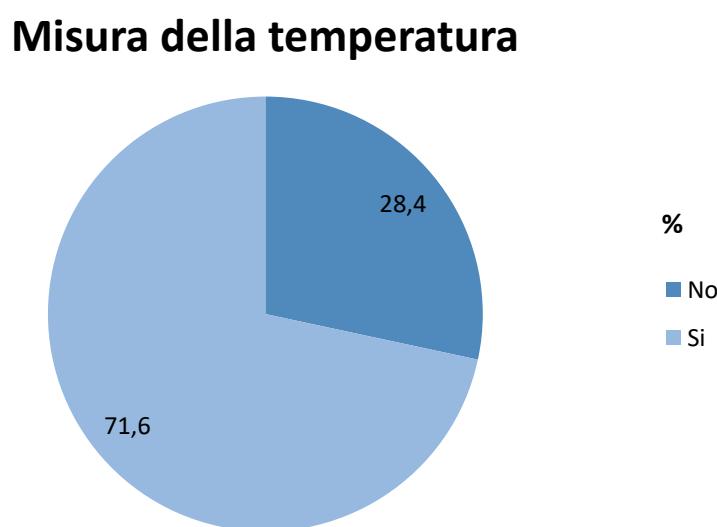




Tabella 9. Misura della temperatura per regione

	No	Sì	RSA	% di sì
Lombardia	30	131	161	81.4
Emilia Romagna	41	44	85	51.8
Veneto	46	45	91	49.5
Piemonte	1	13	14	92.9
Marche	5	7	12	58.3
Toscana	10	50	60	83.3
Campania	1	4	5	80.0
Liguria	1	3	4	75.0
Lazio	4	32	36	88.9
Friuli V.G.	3	12	15	80.0
Sicilia	0	8	8	100.0
Puglia	4	22	26	84.6
Trento	7	1	8	12.5
Bolzano	0	1	1	100.0
Abruzzo	0	3	3	100.0
Umbria	2	7	9	77.8
Sardegna	0	2	2	100.0
Molise	1	3	4	75.0
Calabria	6	21	27	77.8
Totale	162	409	571	71.6

29. Qual è la copertura vaccinale anti influenzale dei residenti nella struttura?

Poiché la domanda è stata inserita a partire dal 30 marzo nel questionario, hanno risposto 309 strutture, per le quali la copertura vaccinale media è stata del 90%, con minimo del 48% e massimo del 100%. Il 22% delle strutture ha dichiarato una copertura vaccinale completa.

**2020**

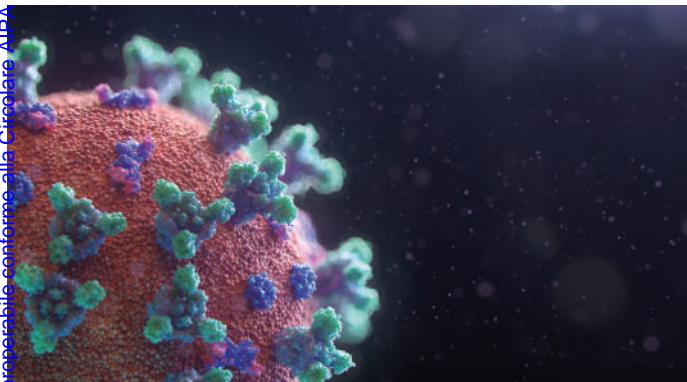
GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19

PREMESSA

Dai focolai epidemici del dicembre 2019 in Cina, l'infezione correlata al nuovo coronavirus denominato Sars-CoV-2, non precedentemente identificato nell'uomo, si è poi propagata in altri Paesi ed a partire da febbraio 2020 in Italia. A marzo 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) ha dichiarato lo stato di pandemia da Corona Virus Disease (Covid-19).

L'emergenza sanitaria creatasi ha richiesto l'identificazione e l'attuazione di misure di prevenzione con un importante impatto sulle abitudini e sugli stili di vita della popolazione in generale; tra le azioni messe in atto nel tempo dalle autorità nazionali e locali al fine di contrastare la diffusione del virus, il distanziamento sociale e la chiusura di attività produttive e commerciali definite non essenziali.

Tali azioni di contrasto, seppur finalizzate a preservare la salute della popolazione, determinano nuove ed inusuali condizioni di vita e di lavoro dettate dall'emergenza che, associate alla paura crescente per la possibilità di contagio e malattia, hanno effetti sullo stress e sul livello di malessere delle persone.



Fermo restando il potenziale di contagio in ogni ambiente di vita e di lavoro, gli operatori sanitari sono identificabili tra i lavoratori a maggior rischio di esposizione al virus; in aggiunta, il loro impegno in prima linea nella gestione dell'emergenza sanitaria li espone altresì ad un crescente sovraccarico operativo ed emotivo. Ciò è dovuto, in particolare, al confronto con cambiamenti drastici intervenuti nelle condizioni organizzative, relazionali, ambientali e psicologiche, ma anche nella vita privata. Tali aspetti portano ad una situazione di stress crescente ed effetti negativi sulla salute.

Il contesto sopradescritto richiama la rilevanza della definizione stessa di "salute" operata dall'Oms quale stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o infermità", definizione peraltro mutuata dal D. Lgs 81/08 e successive modifiche e integrazioni (s.m.i.).



È chiara e rilevante pertanto l'attualità del tema della tutela della salute degli operatori sanitari in relazione all'emergenza Covid-19, più nello specifico riguardo alla salute mentale.

Il Dipartimento di Medicina Epidemiologia e Igiene del Lavoro e Ambientale (Dimeila) dell'Inail e il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (Cnop) hanno avviato una proficua collaborazione, finalizzata ad identificare gli strumenti metodologici utili a fornire supporto agli operatori sanitari nella gestione dello stress e del malessere crescente legato all'emergenza. La collaborazione tra le due istituzioni si rende opportuna in considerazione delle rispettive missioni. L'Inail nella sua missione di tutela della salute dei lavoratori ha assunto nel tempo sempre più le caratteristiche di sistema integrato, includendo tra le sue funzioni lo studio delle situazioni di rischio e gli interventi di prevenzione della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Attraverso l'attività di ricerca, si occupa da tempo di studio, sviluppo di metodi, strumenti e interventi sui temi del rischio stress lavoro correlato, dei cambiamenti del mondo del lavoro e del benessere organizzativo.

Il Cnop è l'istituzione che rappresenta l'Ordine degli Psicologi sul piano nazionale, agisce quale ente pubblico sussidiario dello Stato e raggruppa al proprio interno le competenze e professionalità di ambito psicologico.

Promuove la qualità tecnico-professionale, la valorizzazione della funzione sociale della professione psicologica al fine di garantire la tutela della salute individuale e collettiva e la diffusione di linee guida e buone prassi per gli interventi mirati allo sviluppo del benessere sia in ambito privato che lavorativo.

Di seguito verrà presentata l'iniziativa nazionale, promossa con la finalità di fornire supporto e sostegno psicologico agli operatori sanitari, attraverso la diffusione di un percorso metodologico e strumenti utili all'attivazione di servizi di intervento individuale sul territorio.

LA GESTIONE DELL'EMERGENZA E GLI ASPETTI DI NATURA PSICOSOCIALE

La situazione di emergenza espone il personale sanitario a una serie di fattori di rischio legati alla cura del paziente contagiato, che possono contribuire all'accrescimento di stress psico fisico, primi tra i quali: l'esposizione agli agenti patogeni, la paura di essere contagiati e di contagiare pazienti e familiari, il contatto con la morte, lo stigma sociale dovuto alla maggiore esposizione alla malattia.

Inoltre, la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione di Covid-19 ha richiesto agli operatori sanitari un cambiamento sostanziale nel lavoro per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, relazionali e relativi alla sicurezza. In diversi casi si è verificato il prolungamento nell'orario di lavoro, la crescente richiesta di reperibilità, l'attivazione di procedure straordinarie, la carenza di adeguati dispositivi di protezione individuale, l'aumento della fatica fisica. A rendere maggiormente complessa la situazione intervengono i necessari provvedimenti di mobilità del personale sanitario nelle aree maggiormente a rischio, nonché i cambiamenti dovuti al ricondizionamento di intere strutture sanitarie, o di parti di esse, in contesti anche completamente dedicati all'emergenza Covid-19.

Oltre agli aspetti propriamente legati al lavoro, in questo momento si verifica una difficoltà crescente nel bilanciare la vita lavorativa e quella privata e familiare. I turni di lavoro prolungati portano gli operatori sanitari a stare un numero superiore di ore lontani dalle proprie famiglie, e la gravità della situazione da affrontare non permette con facilità l'adozione di strategie di recupero adeguate. In molti casi sono adottate, inoltre, misure di allontanamento dalle famiglie dovute al rischio contagio o di distanziamento in casa, oltre ai casi di isolamento dovuti ad avvenuto contagio. Tutti gli aspetti su descritti portano a un sovraccarico emotivo e fisico e sono collegati a condizioni di stress psicofisico, che, se cronicizzate e prolungate nel tempo, possono avere un impatto sulla salute degli operatori sanitari.

POTENZIALI IMPATTI SULLA SALUTE DEL PERSONALE SANITARIO

Il prolungarsi nel tempo dell'emergenza sanitaria può aumentare in maniera crescente pressione e paura nel personale sanitario, e comportare una cronicizzazione dello stress legato al lavoro. Se prolungato nel tempo e accompagnato da pressione intensa, lo stress può determinare un esaurimento delle risorse psicologiche in alcuni casi l'emergenza di burn-out.

Nel 2019, il burn-out è stato incluso nell'11^a revisione dell'International Classification of Diseases (Icd-11) come fenomeno occupazionale. Secondo la definizione dell'Icd-11, il burn-out è una sindrome derivante da stress cronico sul posto di lavoro, non adeguatamente gestito. È caratterizzato, in particolare, da una sensazione di impoverimento delle energie o esaurimento, un aumento della distanza mentale e di sentimenti negativi o cinici verso il lavoro e gli altri, una ridotta efficacia professionale. L'esposizione a stress cronico può impattare sulla salute psicofisica della persona in diversi modi, che vanno da problemi di

concentrazione e memoria, problemi somatici e alterazioni del comportamento, fino a sintomi di ansia e depressione, senso di impotenza e anche ad uno stato di sofferenza connotata come il burn-out.

Può inoltre modificare le risposte fisiologiche e i comportamenti, e avere un'interazione con la malattia, anche esponendo maggiormente l'operatore sanitario al pericolo di contagio. Un'altra conseguenza della forte pressione percepita è la messa in atto di sistemi di compensazione dallo stress che potrebbero tradursi in comportamenti non salutari, quali consumo di alcol, tabacco e medicinali.

Tali problematiche sono già oggetto di interesse scientifico ed è dimostrato che, in situazioni di emergenza, rischiano di riguardare un alto numero di operatori. Tensione e pressione intensa e prolungata possono portare, inoltre, a una sottostima della percezione del rischio e delle misure di protezione da adottare, che può sfociare in comportamenti e procedure non adeguati o sufficienti. Tutti questi effetti, e molti altri che in letteratura sono stati legati allo stress, possono avere una ricaduta immediata sulla gestione dell'emergenza sanitaria, oltre che sulla salute e il benessere della persona. Richiedono pertanto interventi immediati di gestione e contenimento del rischio.



GESTIONE DELLO STRESS E DEL BURNOUT NELL'EMERGENZA COVID-19

I principi di tutela già richiamati dall'art. 2087 del codice civile e dall'art. 41 della Costituzione sono altresì implementati dalle previsioni di cui al D. Lgs 81/08 e s.m.i. laddove, come già in precedenza riportato, l'oggetto della tutela - la salute - viene esplicitamente intesa come "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale non consistente solo in un'assenza di malattia o d'infermità".

Ben si comprende, quindi, come in questo quadro si inseriscono i rischi psicosociali che sono quegli aspetti di organizzazione e gestione del lavoro, e relativi contesti sociali, che possono portare all'emergenza di stress lavoro correlato. Una corretta gestione di tali rischi, in condizioni di normalità, garantisce il miglioramento delle condizioni di lavoro e del benessere organizzativo. Secondo il D. Lgs 81/08 e s.m.i., i rischi collegati allo stress lavoro correlato sono oggetto di valutazione e gestione da parte di tutte le aziende. In particolare relativamente alla protezione dalle ferite da taglio e da punta, nei contesti sanitari tale valutazione deve tener conto "...dell'organizzazione e delle condizioni di lavoro, dei fattori psicosociali legati all'esercizio della professione e dell'influenza esercitata sui lavoratori dall'ambiente di lavoro".

Diversi studi hanno dimostrato che insieme al rischio biologico, lo stress lavoro correlato è tra i principali rischi presenti nel settore sanitario. Tale contesto lavorativo è infatti caratterizzato dalla presenza di fattori di rischio psicosociale specifici e strettamente legati all'organizzazione del lavoro, alla sicurezza e alla salute degli operatori. Tra questi si ricordano turni, reperibilità, gestione di emergenze/urgenze, carenza di personale, confronto quotidiano con situazioni di estrema sofferenza, potenziale rischio di episodi di aggressione verbale e/o fisica. In questo momento di emergenza sanitaria, tali fattori vengono amplificati, e vanno a rafforzare i rischi specifici. Generalmente la gestione dei rischi collegati allo stress lavoro correlato privilegia interventi di tipo organizzativo, tuttavia, la presente condizione di emergenza sanitaria, rende necessario rafforzare interventi finalizzati al supporto individuale e al sostegno psicologico. L'ottica è quella di fornire al personale sanitario in condizioni di sofferenza gli strumenti e le strategie di fronteggiamento, adattamento e recupero, adeguate alla situazione.

Rimane inoltre centrale l'importanza di una adeguata informazione del lavoratore non solo sui rischi, ma anche sulle misure di prevenzione e protezione. In questa situazione di crisi, infatti, l'informazione oltre al rischio biologico ed alle misure contenitive per il contagio, dovrebbe riguardare lo stress lavorativo e le azioni (come il supporto psicologico) che si possono adottare in merito. Si richiama infine l'importanza, una volta conclusa l'emergenza sanitaria, di raccordare la valutazione dell'impatto che tale emergenza ha avuto a livello organizzativo e psicologico sul personale delle strutture sanitarie coinvolte con le attività di valutazione e gestione del rischio stress lavoro correlato (D. Lgs 81/08 e s.m.i.), effettuate dalle figure della prevenzione con il coinvolgimento di figure professionali con competenze specifiche già presenti all'interno delle aziende quali, ad esempio, Psicologi.



L'INIZIATIVA CONGIUNTA DI INAIL E CNOP PER IL SUPPORTO PSICOSOCIALE DEGLI OPERATORI SANITARI

Oggetto dell'iniziativa congiunta è la promozione di una procedura nazionale che fornisca indicazioni utili all'attivazione, a livello locale, di task force di Psicologi in forze alle strutture sanitarie.

Lo scopo è garantire l'attivazione di un servizio di supporto e sostegno psicologico e psicosociale rivolto agli operatori sanitari. Da una ricognizione nazionale, alcune strutture hanno già attivato tali servizi su base

volontaria, adottando modalità diverse. L'iniziativa qui proposta intende favorire l'attivazione dei servizi in tutte le aziende sanitarie locali e fornire indicazioni utili per lo sviluppo efficace del servizio di supporto. A tal fine, viene proposto un approccio metodologico solido e vengono forniti strumenti e materiali di supporto per gli Psicologi che operano in tali servizi. Nell'emergenza, nelle situazioni di calamità, gli psicologi possono offrire interventi clinici e sociali a livello di comportamento individuale e collettivo. Vengono quindi promosse azioni sugli aspetti psicologici degli eventi critici e, a medio termine, vengono coinvolte le persone colpite nella pianificazione di risposte future, nel riconoscimento e nella cura degli esiti post traumatici. L'obiettivo dei servizi di supporto è quello di ascoltare i bisogni e rispondere alle possibili problematiche di ordine psicologico che possono insorgere negli operatori nel corso di attività svolte in situazione di emergenza Covid-19. In particolare, i servizi possono fornire supporto e strumenti di aiuto di natura psicologica e psicosociale, quando non propriamente organizzativa.

Il target di riferimento del servizio sono quindi gli operatori sanitari. Per operatori sanitari si intendono tutti coloro che, a qualunque titolo, operano in contesti sanitari in cui può verificarsi un'esposizione al virus Sars-CoV-2 attraverso il contatto con pazienti Covid-19 o materiali infetti, inclusi fluidi corporei, attrezzature mediche e dispositivi contaminati, superfici ambientali o aria contaminata. Vi rientrano gli operatori sanitari degli ospedali, il personale di pronto soccorso, gli operatori dei dipartimenti di prevenzione e dei servizi epidemiologici, dei servizi ambulanze, delle Residenze Sanitarie Assistite (Rsa), i medici di famiglia, i pediatri, gli assistenti sociali e domiciliari, e i volontari, ovvero tutti gli operatori coinvolti nella rete di gestione dell'emergenza. I servizi attivati vanno destinati sia al personale sanitario attualmente in operatività, che al personale sanitario in isolamento in quanto contagiato o sospetto tale. I servizi vanno attivati in tutte le strutture sanitarie. Si fa presente che l'efficacia della procedura attivata dipenderà anche dalla disponibilità delle strutture sanitarie ad avere figure professionali adeguate in termini di numerosità e competenze. Pertanto, nei casi di carenze di risorse professionali disponibili nella rete pubblica, è auspicabile procedere al reclutamento di Psicologi da utilizzare in ambito pubblico e negli interventi in emergenza, così come previsto dal Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza Covid-19".



1 CONTATTO DIRETTO

È necessario garantire agli operatori sanitari l'accesso a un primo contatto telefonico diretto al servizio a cui risponda uno Psicologo, favorendo modalità di contatto da remoto e comunque nel pieno rispetto delle norme vigenti, del Codice Deontologico e delle indicazioni e direttive emanate dal Cnop e di quelle internazionali. A tale fine, va istituito un numero telefonico da divulgare ampiamente a tutti gli operatori sanitari delle strutture interessate, unitamente a una presentazione del servizio di supporto attivato, dei suoi obiettivi, del target di riferimento e delle motivazioni principali per cui è possibile accedervi.

2 REPERIBILITÀ DEL SERVIZIO IN AMPIE FASCE ORARIE

È importante garantire che gli operatori sanitari possano usufruire del servizio in compatibilità con la loro operatività, tenendo anche conto dei turni e degli orari di lavoro prolungati a causa dell'emergenza. Tale servizio dovrebbe essere fruibile anche al di fuori dell'orario e dell'ambiente lavorativo, anche a garanzia della sua confidenzialità.

3 SCHEDA DI TRIAGE PSICOLOGICO

In considerazione della situazione di emergenza e dell'alto numero di contatti potrebbe non essere percorribile l'utilizzo di test diagnostici. È pertanto necessario definire una scheda di triage psicologico per favorire la raccolta delle informazioni utili a impostare il colloquio psicologico. La scheda garantisce una memoria storica della situazione e degli interventi attivati, utile a non effettuare nuovamente il triage in caso di ricontatto da parte degli operatori. Consente inoltre di monitorare nel tempo le condizioni dell'utente che prende contatto con il servizio. Unitamente alla scheda, si rimanda ai servizi l'utilizzo di ulteriori strumenti diagnostici validati per la valutazione delle condizioni psicofisiche, nelle situazioni in cui sia possibile effettuare approfondimenti, tra cui a titolo esemplificativo, e non esaustivo, si riportano il General Health Questionnaire e il Maslach Burnout Inventory.

4 RACCOLTA E CONDIVISIONE DELLE SCHEDE DI TRIAGE PSICOLOGICO

La raccolta e condivisione delle schede compilate tra tutti gli Psicologi operanti nel servizio garantisce l'archiviazione degli interventi attivati, utile a ottimizzare i tempi e le risorse dedicate, consentendo un veloce recupero delle schede compilate in caso di ulteriori contatti da parte della medesima persona. Si evita così di ripetere il triage psicologico e trasmettere il messaggio alla persona che richiama che la sua situazione non sia stata presa in carico dal servizio. Per tali ragioni tutti gli Psicologi impegnati nel servizio di supporto devono avere accesso alle schede compilate nel corso dei colloqui telefonici.

5 MONITORAGGIO DEI CASI CRITICI

Prevedere un costante monitoraggio delle situazioni, favorendo le più critiche, attraverso nuovo contatto telefonico da parte dello Psicologo. In caso di un elevato numero di contatti giornalieri che non permettano un monitoraggio costante attraverso follow up, è opportuno prendere appuntamento per ulteriori colloqui, fornendo una tempistica certa.

6 MOMENTI DI DEFUSING E CONFRONTO

È inoltre da considerare l'attivazione di interventi di gruppo tra operatori sanitari all'interno alle aziende, per favorire il confronto delle esperienze e il supporto tra colleghi. Questi possono essere attivati da remoto, sempre nel rispetto della normativa, del Codice Deontologico e delle indicazioni del Cnop e moderati da uno Psicologo.

7 DEFINIZIONE DI REFERENTI TERRITORIALI

Allo scopo di favorire la costruzione di una rete tra i servizi e condividere esperienze, modalità e strumenti di supporto, si richiama la necessità di definire referenti territoriali tra gli Psicologi delle diverse strutture, anche in applicazione delle indicazioni del Dpcm 13 giugno 2006. In questo modo, sarà possibile prevedere riunioni di follow up e aggiornamento, con modalità di comunicazione a distanza, tra i referenti appartenenti alle stesse regioni o province. L'attivazione dei referenti territoriali permette, inoltre, alle strutture più piccole, e impossibilitate ad attivare il servizio al proprio interno, la richiesta e creazione di punti di ascolto territoriali basati sulla prossimità tra strutture.

**SUPPORTO E MONITORAGGIO ALLA RETE DI SERVIZI ATTIVATI**

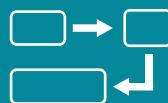
Per favorire la diffusione della procedura di supporto psicosociale per gli operatori sanitari nella gestione dell'emergenza coronavirus sono state predisposte, sia sul sito istituzionale dell'Inail che in quello del Cnop, apposite pagine web contenenti tutte le informazioni utili al riguardo, gli strumenti di supporto previsti dalla procedura, nonché risorse documentali di carattere informativo/formativo per gli addetti ai lavori. Inoltre, è attiva una casella di posta elettronica dedicata (supportopsicosociale.covid19@inail.it) attraverso la

qual viene istituito un servizio di supporto informativo su tale iniziativa, dedicato principalmente a tutti gli Psicologi del servizio sanitario nazionale che si trovano a operare nei servizi di ascolto e supporto psicologico. Le richieste pervenute alla casella di posta elettronica saranno prese in carico da ricercatori Psicologi dell'Inail e da Psicologi referenti del Cnop. Oltre a fornire un supporto informativo e di assistenza nell'adozione della procedura, tale servizio telematico vuole contribuire alla realizzazione di una rete nazionale delle strutture sanitarie e dei professionisti operanti in tale settore, tramite la raccolta e la condivisione delle esperienze. A tal proposito, l'iniziativa prevede anche lo

nazionale, con l'obiettivo di promuovere una procedura con elevati standard qualitativi. Ciò permetterà di rendere disponibili un metodo e degli strumenti di supporto solidi in caso di altre e diverse emergenze, e come buona prassi nazionale per la tutela della salute e sicurezza degli operatori sanitari. Ulteriori informazioni sull'iniziativa Inail-Cnop saranno disponibili sulle pagine web dei rispettivi siti istituzionali.

GLI STRUMENTI DI SUPPORTO DISPONIBILI

Nelle pagine web Inail e Cnop dedicate alla procedura è possibile reperire strumenti di supporto e link a materiali informativi/formativi. Nello specifico:



1 DOCUMENTO TECNICO DELLA PROCEDURA

Racchiude tutti i passaggi metodologici raccomandati per l'implementazione della procedura di sostegno psicosociale per gli operatori sanitari.



2 PROPOSTA DI SCHEDA DI TRIAGE

Scheda di triage psicologico per la raccolta delle informazioni utili ad impostare il primo colloquio psicologico e per il monitoraggio nel tempo.



3 GUIDA ALLA COMPILAZIONE

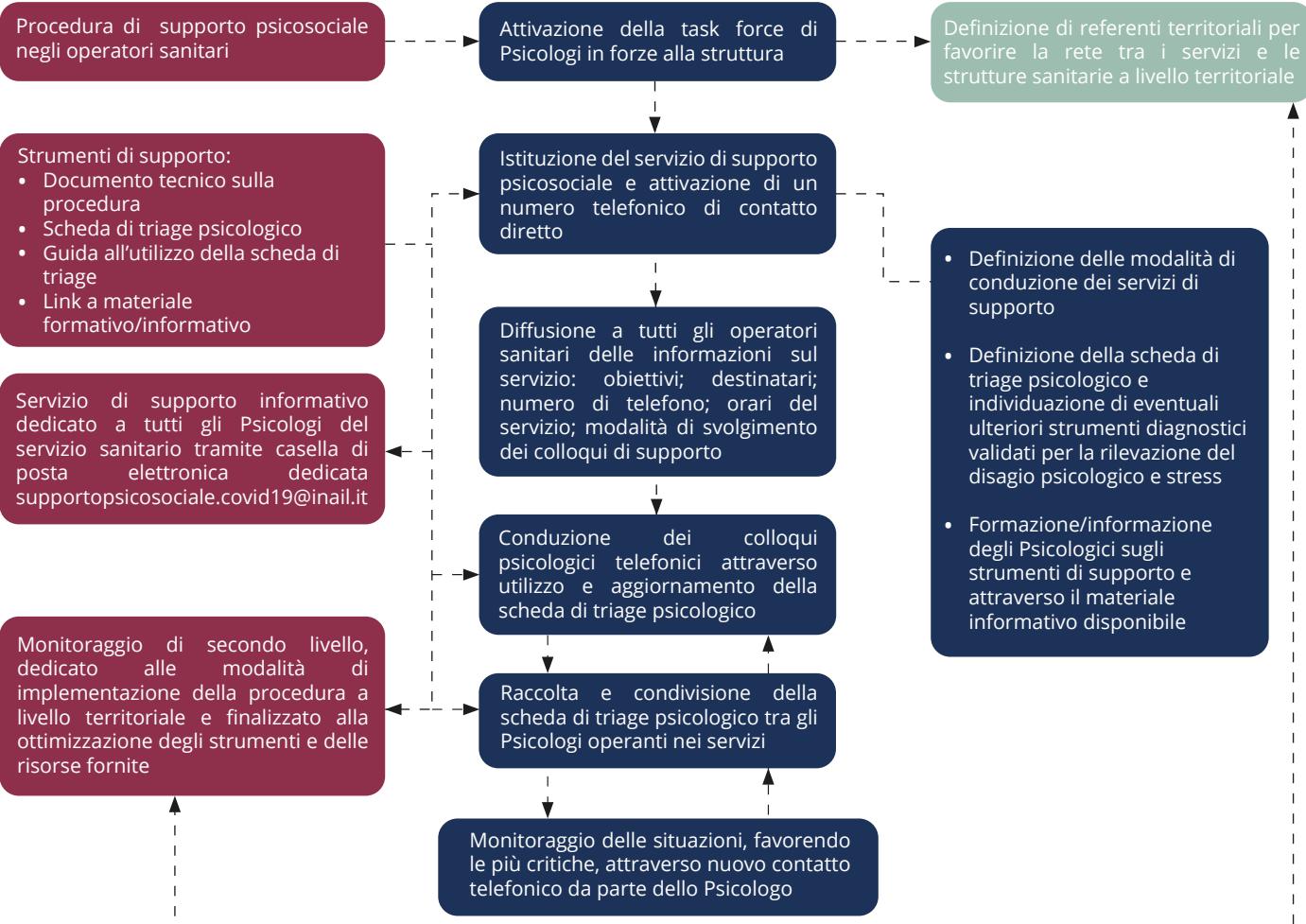
Fornisce le informazioni necessarie per la compilazione della scheda di triage, fornendo chiarimenti sulle sezioni che la compongono e sulle modalità di registrazione e classificazione dei dati raccolti.



4 MATERIALE FORMATIVO/INFORMATIVO

Sono disponibili ulteriori risorse documentali e web, utili all'approfondimento della tematica del sostegno psicologico nell'emergenza del coronavirus.

STRUTTURE SANITARIE E TERRITORIALI



PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Siti internazionali

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

<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf>

<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/mental-health-and-psychological-resilience-during-the-covid-19-pandemic>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/managing-stress-anxiety.html>

<https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/briefing-note-about>

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

Siti nazionali

<http://www.inail.it>

<http://www.psy.it>

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

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

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

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

Cnop, Linee di indirizzo per interventi psicologici a distanza, Marzo 2020.

Inail: Covid-19 e protezione degli operatori sanitari. Inail: Tipografia Milano (2020). ISBN 978-88-7484-605-4.

Jianbo L, Simeng M, Ying W. et al (2020): Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Network Open. 3:3. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.

Krämer T, Schneider A, Spieß E, Angerer P, Weigl M. (2016) Associations between job demands, work-related strain and perceived quality of care: a longitudinal study among hospital physicians. Int. J. Qual. Health Care, 28, 824-829. doi:10.1093/intqhc/mzw119.

Kushal A, Gupta SK, Mehta M, Singh MM (2018). Study of Stress among Health Care Professionals: A Systemic Review. Int J Res Foundation Hosp Healthc Adm; 6(1): 6-11. doi: 10.5005/jp-journals-10035-1084.

Organizzazione Mondiale della Sanità: Coronavirus disease (covid-19) outbreak: rights, roles and responsibilities of health workers, including key considerations for occupational safety and health (2020). Geneva

PAROLE CHIAVE

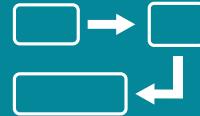
Covid-19, sostegno psicologico, stress lavoro correlato, burnout, operatori sanitari, salute e sicurezza sul lavoro.

AUTORI

C. Di Tecco, M. Ronchetti, M. Ghelli, B. Persechino, S. Iavicoli

HANNO COLLABORATO AL DOCUMENTO

P. Bussotti, D. Lazzari



2020

GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19

PROCEDURA DI ATTIVAZIONE DEI SERVIZI DI SUPPORTO PSICOSOCIALE PER LA GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19

Di seguito vengono riportate in maniera sintetica le indicazioni tecniche relative alla procedura di attivazione di servizi di supporto e sostegno psicologico e psicosociale destinati agli operatori sanitari, promossa da Inail e Cnop.

Per un approfondimento sui contenuti e le finalità dell'iniziativa si rimanda al documento dal titolo *Gestione dello stress e prevenzione del burnout negli operatori sanitari nell'emergenza Covid-19* disponibile alle pagine web dedicate delle due istituzioni.

OGGETTO DELLA PROCEDURA

Attivazione, a livello locale, di task force di Psicologi in forze alle strutture sanitarie destinate all'erogazione di un servizio di supporto e sostegno psicologico e psicosociale rivolto agli operatori sanitari.

OBBIETTIVO DEI SERVIZI DI SUPPORTO

Ascoltare i bisogni e rispondere alle possibili problematiche di ordine psicologico che possono insorgere negli operatori sanitari impegnati nell'emergenza Covid-19. In particolare, i servizi possono fornire supporto e strumenti di aiuto di natura psicologica e psicosociale, quando non propriamente organizzativa.

TARGET DI RIFERIMENTO DEI SERVIZI

Gli operatori sanitari ovvero tutti coloro che, a qualunque titolo, operano in contesti sanitari in cui può verificarsi un'esposizione al virus Sars-CoV-2 attraverso il contatto con pazienti Covid-19 o materiali infetti, inclusi fluidi corporei, attrezature mediche e dispositivi contaminati, superfici ambientali o aria contaminata.

I rientrano: gli operatori sanitari operanti nelle strutture sanitarie, il personale di pronto soccorso, gli operatori dei dipartimenti di prevenzione e dei servizi epidemiologici, dei servizi ambulanze, delle Residenze Sanitarie Assistite (Rsa), i medici di famiglia, i pediatri, gli assistenti sociali e domiciliari, e i volontari. I servizi attivati vanno destinati sia al personale sanitario attualmente in operatività, che al personale sanitario in isolamento in quanto contagio o sospetto tale.

Nei casi di carenze di risorse professionali disponibili nella rete pubblica, è auspicabile procedere al reclutamento di Psicologi da utilizzare in ambito pubblico e negli interventi in emergenza, utilizzando quanto previsto dal Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14 "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza Covid-19".

Di seguito si riportano gli aspetti metodologici della procedura di supporto psicosociale negli operatori sanitari:

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
ASPETTI METODOLOGICI DELLA PROCEDURA DI SUPPORTO PSICOSOCIALE
Circoscrizione 2020/21570 14/04/2020

1 CONTATTO DIRETTO



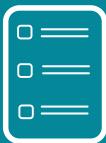
È necessario garantire agli operatori sanitari l'accesso a un primo contatto telefonico diretto al servizio a cui risponda uno Psicologo, favorendo modalità di contatto da remoto e comunque nel pieno rispetto delle norme vigenti, del Codice Deontologico e delle indicazioni e direttive emanate dal Cnop e di quelle internazionali. A tale fine, va istituito un numero telefonico da divulgare ampiamente a tutti gli operatori sanitari delle strutture interessate, unitamente a una presentazione del servizio di supporto attivato, dei suoi obiettivi, del target di riferimento e delle motivazioni principali per cui è possibile accedervi.

2 REPERIBILITÀ DEL SERVIZIO IN AMPIE FASCE ORARIE



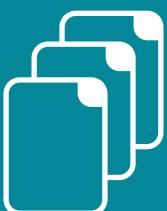
È importante garantire che gli operatori sanitari possano usufruire del servizio in compatibilità con la loro operatività, tenendo anche conto dei turni e degli orari di lavoro prolungati a causa dell'emergenza. Tale servizio dovrebbe essere fruibile anche al di fuori dell'orario e dell'ambiente lavorativo, anche a garanzia della sua confidenzialità.

3 SCHEMA DI TRIAGE PSICOLOGICO



In considerazione della situazione di emergenza e dell'alto numero di contatti potrebbe non essere percorribile l'utilizzo di test diagnostici. È pertanto necessario definire una scheda di triage psicologico per favorire la raccolta delle informazioni utili a impostare il colloquio psicologico. La scheda garantisce una memoria storica della situazione e degli interventi attivati, utile a non effettuare nuovamente il triage in caso di ricontatto da parte degli operatori. Consente inoltre di monitorare nel tempo le condizioni dell'utente che prende contatto con il servizio. Unitamente alla scheda, si rimanda ai servizi l'utilizzo di ulteriori strumenti diagnostici validati per la valutazione delle condizioni psicofisiche, nelle situazioni in cui sia possibile effettuare approfondimenti, tra cui a titolo esemplificativo, e non esaustivo, si riportano il General Health Questionnaire e il Maslach Burnout Inventory.

4 RACCOLTA E CONDIVISIONE DELLE SCHEDE DI TRIAGE PSICOLOGICO



La raccolta e condivisione delle schede compilate tra tutti gli Psicologi operanti nel servizio garantisce l'archiviazione degli interventi attivati, utile a ottimizzare i tempi e le risorse dedicate, consentendo un veloce recupero delle schede compilate in caso di ulteriori contatti da parte della medesima persona. Si evita così di ripetere il triage psicologico e trasmettere il messaggio alla persona che richiama che la sua situazione non sia stata presa in carico dal servizio. Per tali ragioni tutti gli Psicologi impegnati nel servizio di supporto devono avere accesso alle schede compilate nel corso dei colloqui telefonici.

5 MONITORAGGIO DEI CASI CRITICI



Prevedere un costante monitoraggio delle situazioni, favorendo le più critiche, attraverso nuovo contatto telefonico da parte dello Psicologo. In caso di un elevato numero di contatti giornalieri che non permettano un monitoraggio costante attraverso follow up, è opportuno prendere appuntamento per ulteriori colloqui, fornendo una tempistica certa.

6 MOMENTI DI DEFUSING E CONFRONTO



È inoltre da considerare l'attivazione di interventi di gruppo tra operatori sanitari all'interno alle aziende, per favorire il confronto delle esperienze e il supporto tra colleghi. Questi possono essere attivati da remoto, sempre nel rispetto della normativa, del Codice Deontologico e delle indicazioni del Cnop e moderati da uno Psicologo.

7 DEFINIZIONE DI REFERENTI TERRITORIALI



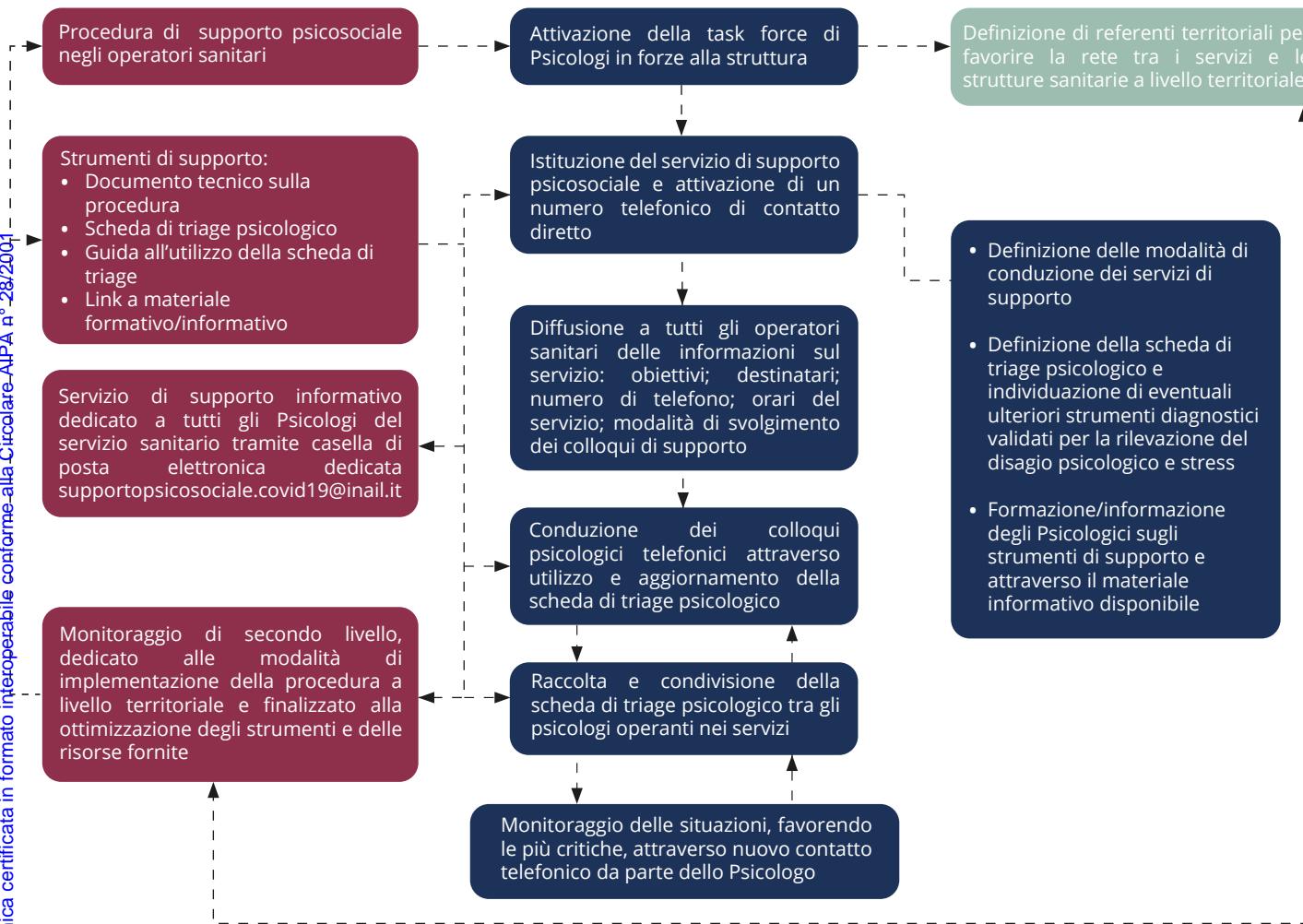
Allo scopo di favorire la costruzione di una rete tra i servizi e condividere esperienze, modalità e strumenti di supporto, si richiama la necessità di definire referenti territoriali tra gli Psicologi delle diverse strutture, anche in applicazione delle indicazioni del Dpcm 13 giugno 2006. In questo modo, sarà possibile prevedere riunioni di follow up e aggiornamento, con modalità di comunicazione a distanza, tra i referenti appartenenti alle stesse regioni o province. L'attivazione dei referenti territoriali permette, inoltre, alle strutture più piccole, e impossibilitate ad attivare il servizio al proprio interno, la richiesta e creazione di punti di ascolto territoriali basati sulla prossimità tra strutture.

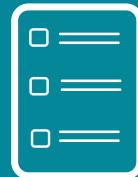


Al fine di ricevere un supporto informativo sulla procedura, gli Psicologi che si trovano a operare nei servizi di ascolto e supporto psicologico possono utilizzare la casella di posta elettronica dedicata:
supportopsicosociale.covid19@inail.it. Le richieste pervenute saranno prese in carico da ricercatori psicologi dell'Inail e da psicologi referenti del Cnop.

I servizi di supporto attivati potranno essere coinvolti in un monitoraggio di secondo livello dedicato alle modalità di implementazione della procedura a livello territoriale e finalizzato alla ottimizzazione degli strumenti e delle risorse fornite, nell'ottica di favorire la creazione di una rete nazionale delle strutture sanitarie e dei professionisti operanti in tale settore, tramite la raccolta e la condivisione delle esperienze.

STRUTTURE SANITARIE E TERRITORIALI



**2020**

GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19

SCHEDA DI TRIAGE PSICOLOGICO Emergenza Covid-19

SCHEDA N. _____

SEZIONE I

DATA: _____ ORA: _____

DATI OPERATORE

COGNOME: _____ NOME: _____

ENTE / ASSOCIAZIONE / AZIENDA / ALTRO (SPECIFICARE): _____

SEZIONE II**DATI UTENTE**

COGNOME: _____ NOME: _____ LUOGO E DATA DI NASCITA: _____

SESSO: M F

STATO CIVILE: _____

SOGGETTO

- Personale sanitario interno al polo Ospedaliero
 Personale sanitario esterno al polo Ospedaliero
(medici di famiglia, pediatri, guardie mediche, assistenza domiciliare, presidi ambulatoriali, etc.)
 Personale sanitario contagiatò attualmente in isolamento Familiare di personale sanitario contagiatò
In caso il servizio sia esteso ai pazienti e cittadini
 Civile contagiatò Familiare di civile contagiatò ricoverato presso struttura sanitaria
 Altro (specificare) _____

RUOLO ALL'INTERNO DELL'ORGANIZZAZIONEsolo in caso di personale sanitario, es. medico,
infermiere, OSS, etc.)

REPARTO/SERVIZIO (solo in caso di personale sanitario)

INDIRIZZO:

TEL:

LUGO DI PERMANENZA:

- NESSUNO (SOGGETTO NON CONTAGIATO) OSPEDALE CASA CENTRO DI QUARANTENA

INVIANTE:

- INIZIATIVA PERSONALE
 INIZIATIVA PERSONALE (PER IL TRAMITE DI UN NUMERO VERDE REGIONALE / CENTRALINO AZIENDA SANITARIA)
 SUPPORTO ALLA PERSONA IGIENE E SANITÀ PUBBLICA ALTRO (specificare) _____

SEZIONE III

DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Allegato n° 1 Protocollo Uscita
CTS 630-2020/0021570 14/04/2020

PREGESSI PROBLEMI PSICOLOGICI: SI NO SPECIFICARE: _____

TRATTAMENTI PSICOFARMACOLOGICI PRECEDENTI/IN ESSERE (specificare DOSE e POSOLOGIA): _____

REAZIONE ALL'EVENTO PANDEMICO DI CARATTERE:

- | | | | |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ANSIOSO | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> DISTURBO PSICOSOMATICO | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> DEPRESSIVO | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> DISTURBO DEL PENSIERO | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |
| <input type="checkbox"/> ALTERAZIONI DEL COMPORTAMENTO | <input type="checkbox"/> LIEVE | <input type="checkbox"/> MEDIO | <input type="checkbox"/> GRAVE |

SPECIFICARE: _____

ALTRO: _____

NOTE (specificare se rischio suicidio): _____

VALUTAZIONE DELLE RISORSE:

CAPACITÀ DI UTILIZZO DI STRATEGIE DI COPING:

- | | | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> MOLTO BUONA | <input type="checkbox"/> BUONA | <input type="checkbox"/> DISCRETA | <input type="checkbox"/> CATTIVA | <input type="checkbox"/> MOLTO CATTIVA |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|

STRATEGIA PREVALENTE ADOTTATA (vedi guida):

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> RIVOLTA AL COMPITO | <input type="checkbox"/> RIVOLTA ALL'EMOZIONE | <input type="checkbox"/> RIVOLTA ALL'EVITAMENTO |
|---|---|---|

DI CARATTERE (vedi guida):

- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> INDIVIDUALE | <input type="checkbox"/> COLLETTIVA | <input type="checkbox"/> DISPONIBILITÀ A RICEVERE AIUTO |
|--------------------------------------|-------------------------------------|---|

INDICAZIONI D'INTERVENTO:

FASE ACUTA: SANITARIO FARMACOLOGICO SANITARIO RICOVERO

SOSTEGNO PSICOLOGICO ALTRO _____

FASE MEDIO TERMINE: MONITORAGGIO E SOSTEGNO PSICOLOGICO

SOSTEGNO PSICOLOGICO/PSICOTERAPEUTICO ALTRO _____

INTERVENTI EFFETTUATI: COLLOQUI TELEFONICI VIDEO-CHIAMATE

DATA: _____

SINTESI PRIMO COLLOQUIO: _____

DATA:

SINTESI COLLOQUIO N*:

*Sulla base delle esigenze legate alla durata della presa in carico del richiedente replicare la tabella di sintesi numerando progressivamente la sintesi del colloquio

NON RICONTATTARE RICONTATTARE

SE DA RICONTATTARE CON QUALE FREQUENZA: _____

DA INVIARE A

DATA:

SINTESI COLLOQUIO N*:

*Sulla base delle esigenze legate alla durata della presa in carico del richiedente replicare la tabella di sintesi numerando progressivamente la sintesi del colloquio

NON RICONTATTARE RICONTATTARE

SE DA RICONTATTARE CON QUALE FREQUENZA: _____

DA INVIARE A



2020

GESTIONE DELLO STRESS E PREVENZIONE DEL BURNOUT NEGLI OPERATORI SANITARI NELL'EMERGENZA COVID-19

GUIDA DI SUPPORTO ALLA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI TRIAGE PSICOLOGICO

La presente guida intende fornire indicazioni di supporto alla conduzione del colloquio psicologico telefonico. Presenta inoltre la struttura della scheda di triage fornendo istruzioni utili alla sua compilazione per gli aspetti che possono risultare meno immediati. La scheda di triage psicologico proposta è uno strumento finalizzato alla raccolta delle informazioni utili ad impostare un primo colloquio psicologico e ad effettuare nel tempo il monitoraggio dello stato di salute dalla persona che contatta il servizio. La raccolta e diffusione delle schede aggiornate a tutti gli Psicologi operanti nel servizio (tramite ad esempio cartella condivisa, scambio di mail, registro cartaceo o altro) si rende indispensabile per i seguenti motivi:

- 1 Consentire un veloce recupero delle schede compilate in caso una persona chiami più di una volta il servizio.
- 2 Ottimizzare i tempi e le risorse dedicate evitando di ripetere il triage psicologico a persone che hanno già avuto un primo contatto.
- 3 Evitare che la persona senta che la sua particolare situazione non sia stata presa in carico dal servizio e smetta di chiamare.
- 4 Condurre i colloqui successivi sulla base delle informazioni raccolte e delle sintesi dei colloqui precedenti già riportate nell'ottica di supporto e interventi efficaci.
- 5 Permettere a tutti gli Psicologi che operano nei servizi di effettuare i monitoraggi dei casi più critici che si rendono necessari in maniera tempestiva e coordinata.
- 6 Permettere, in un secondo momento, di effettuare monitoraggi di secondo livello finalizzati al miglioramento degli strumenti a supporto dei servizi, attraverso informazioni complete.

La scheda per il triage psicologico proposta si compone di tre sezioni:

- 1 La prima dedicata alle informazioni della struttura proponente il servizio e dell'operatore che prende in carico la richiesta.
- 2 La seconda sezione si propone di profilare il soggetto richiedente e le modalità di accesso al servizio.
- 3 La terza infine ha l'obiettivo di raccogliere alcune delle informazioni principali necessarie per effettuare il triage psicologico. L'esigenza di uno strumento agevole ha comportato una selezione obbligata tra gli aspetti da indagare che, pertanto, possono non essere del tutto esaustivi per la profilazione del soggetto. Per tale motivo, sono stati previsti spazi liberi dove è possibile inserire specifiche che l'operatore riterrà utili, e le sintesi dei colloqui effettuati con le relative azioni da intraprendere.

Obiettivo: è quello di offrire uno strumento standard di ausilio per le strutture sanitarie di tutto il territorio nazionale, che permetta di raccogliere le informazioni necessarie per agevolare il servizio di sostegno psicologico e attivare, quando si renda necessario, l'invio ad altri professionisti o servizi sanitari.

Fasi del colloquio:

- 1 Inizialmente dopo essersi presentati, e descritto con brevità il servizio, dovrebbe essere richiesto il consenso per il trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Privacy UE 2016/679.
- 2 Il colloquio è orientato alle finalità di supporto psicologico alla persona, e non propriamente psicoterapeutiche, e lo Psicologo avrà cura di fornire tutte le informazioni necessarie relative al servizio ed eventuali altri servizi attivi, dando disponibilità, se ritenuto necessario, di una presa in carico.
- 3 Nell'ambito di ogni telefonata è necessario trascrivere e conservare i contenuti nella scheda triage allegata.

SEZIONE I

Ad apertura della scheda l'incaricato psicologo avrà cura di inserire i propri dati e quelli dell'Ente di appartenenza, la data del colloquio e un codice univoco del soggetto che può rivelarsi utile per identificare velocemente il richiedente e recuperare la scheda personale per i colloqui successivi, anche nel caso in cui vengano effettuati da diversi Psicologi afferenti al servizio.

A titolo esemplificativo tale codice può essere costituito dalle prime due lettere del nome e del cognome dello Psicologo che prende in carico il soggetto, dalla data della chiamata e da un numero progressivo relativo alle chiamate ricevute durante il turno (ipotizzando che nella giornata del 4 aprile 2020 lo Psicologo in turno si chiami Mario Bianchi alla prima chiamata applicherà tale codice: MABI 04042020 1).

SEZIONE II

Nella sezione dedicata ai dati del soggetto le voci **Ruolo e Reparto/Servizio** si riferiscono esclusivamente agli operatori sanitari che richiedono supporto telefonico, per eventuali altri soggetti, esempio per servizi che includano anche il supporto telefonico di pazienti e/o familiari contagiati, lasciare in bianco questo spazio.

SEZIONE III

In questo spazio invece, come anticipato, si indagano le principali problematiche di ordine psicologico che i soggetti richiedenti stanno sperimentando a seguito dell'esposizione diretta/indiretta all'evento pandemico.

Per tale motivo è bene indagare eventuali **pregressi disagi di tipo psicologico e/o trattamenti psicofarmacologici precedenti o in atto** (indicando posologia e dosaggio), nel caso in cui nella fase di colloquio risultasse che la persona è **attualmente seguita** (o lo è stata in **passato**) da un servizio di salute mentale, l'operatore deve **contattare il referente del servizio** per la gestione condivisa del soggetto.

In particolare nell'area dedicata alla **Reazione all'evento** sono elencate alcune delle problematiche di ordine psicologico che possono insorgere a seguito di stress cronico, la scala di riferimento è a tre passi. A seconda di quanto riferito, l'operatore dovrà effettuare una valutazione dell'impatto che la problematica specifica ha/ha avuto sul soggetto. La voce "altro" sarà utile anche per evidenziare un potenziale rischio suicidio, oltre a specifiche che lo Psicologo ritiene necessarie da evidenziare.

Nella valutazione delle **Risorse** viene richiesto all'operatore di individuare, con domande orientate, la capacità di utilizzo delle strategie di adattamento (coping), oltre anche alla tipologia di strategia prevalente emersa in fase di colloquio (Endler e Parker, 1990). In particolare ci si riferisce a:

- 1 Adattamento centrato sul compito (task coping), rappresentato dalla tendenza ad affrontare il problema in maniera diretta, ricercando soluzioni per fronteggiare la crisi.
- 2 Adattamento centrato sulle emozioni (emotion coping), rappresentato, invece, da abilità specifiche di regolazione affettiva, che consentono di mantenere una prospettiva positiva di speranza e controllo delle proprie emozioni in una condizione di disagio, oppure di abbandono alle emozioni, come la tendenza a sfogarsi o, ancora, la rassegnazione.
- 3 Adattamento centrato sull'evitamento (avoidance coping), rappresentato, infine, dal tentativo dell'individuo di ignorare la minaccia dell'evento stressante o attraverso la ricerca del supporto sociale o impegnandosi in attività che distolgono la sua attenzione dal problema.

Infine nella scheda di triage viene richiesto all'operatore di indagare il carattere delle prestazioni proposte e da adottare, e la disponibilità da parte dell'utente nel ricevere aiuto.

Le voci si riferiscono, in questo caso, ai servizi offerti dall'Ente o dalla Regione di appartenenza (questi ultimi se presenti), che l'operatore può proporre all'utente.

I servizi sono pertanto suddivisi in due aree: quella che si riferisce al supporto individuale (attraverso la presa in carico o l'invio ad un'altra figura sanitaria) o al supporto di tipo collettivo, come ad esempio attraverso la partecipazione a gruppi di supporto/sostegno alla persona, defusing o debriefing per gli operatori sanitari.

Il supporto psicologico di tipo collettivo può essere attivato attraverso la costituzione di gruppi online, moderati da uno Psicologo, organizzati su piattaforme social che consentano l'accesso diretto da parte dei soggetti anche con l'utilizzo non solo di pc ma anche di smartphone e tablet.

Andrà specificato, in fase di colloquio, che la partecipazione a tali gruppi (se previsti dall'Ente) avrà carattere volontario e riservato (es. creazione di profili fake adottando nick name o avatar) a garanzia del libero confronto ed efficacia del supporto offerto.

SCHEDA PRODOTTO	
Codart	0060026
Descrizione	Camice chirurgico
Materiale	TNT traspirante e TNT politenato - Fabrijet 39 e Fabrijet 40
Grammatura	PP 25 g/mq + PE 20 g/mq
Modello/ Caratteristiche	Parte posteriore traspirante, parte anteriore e maniche impermeabili (politene interno). Allacciatura con cinta in vita e lacca al collo, polsini in maglina
Misura/Dimensioni	Misura unica - lunghezza cm 115 - larghezza cm 140 - lunghezza maniche cm 60 - lunghezza cinta cm 150
Colore	Verde
Impiego	Ospedali, case di cura e di riposo, studi medici e dentistici
Classificazione/ sterilizzazione	Dispositivo medico di classe I (rif. Direttiva CEE 93/42 e s.m.i.)
Tolleranza dimensionale	+/- 2 cm
Tolleranza grammatura [%]	+/- 10
Confezionamento 1	Busta protettiva interna x 10 pz
Confezionamento 2	Cartone x 10 buste
Dimensioni imballo [mm]	350x330x480
Peso imballo [kg]	8,1
Colli per bancale	36
Codice EAN 13	8012846600261
Codice CND	T0205
Codice RDM	94495/R
Note	Tutti i prodotti LIJET srl sono contrassegnati da un numero di LOTTO di produzione stampigliato sulla confezione interna e su quella esterna. Non si accetteranno reclami che non facciano riferimento a questo codice numerico. Sono disponibili, su richiesta, schede delle caratteristiche tecniche dei principali materiali utilizzati per la produzione del presente articolo. Questa non e' una specifica valida per l'acquisto del prodotto, ma la descrizione dei valori medi previsti per la produzione del presente articolo.

CAMICE TNT + PE CON POLSINI

CARATTERISTICHE

- Parte anteriore e maniche in TNT impermeabile *FabriJet 10* (politene interno)
- Parte posteriore in TNT *FabriJet 9*
- Misura unica - lunghezza cm. 115
- Allacciatura con lacci al collo e cintura in vita
- Pulsini in maglina

CONFEZIONAMENTO

- Busta plastica x pezzi 10
- Cartone x buste 10

IMPIEGO

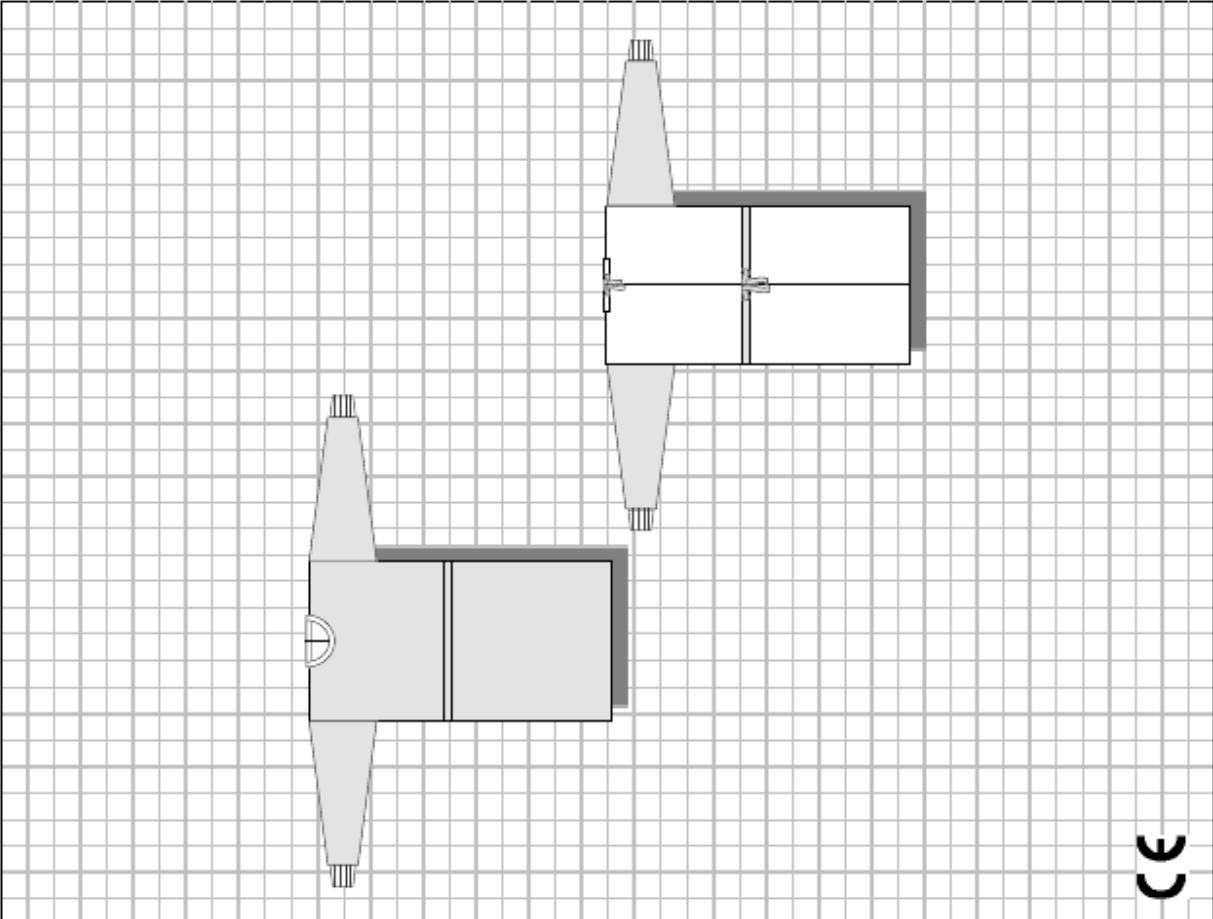
- Ambulatori
- Reparti a rischio

OPZIONI

-

CLASSIFICAZIONE E STERILIZZAZIONE

- Dispositivo medico di Classe I (rif. Direttiva CEE 93/42)
- CND: T0205
- RDM: 94495



0060026

CAMICE TNT+PE	0060026
Documentazione tecnica	Pagina 2

1. Metodo di stoccaggio e di conservazione

La colorazione del prodotto è stabile ed antiriflesso, il dispositivo non subisce variazioni da interazioni alle normali condizioni di immagazzinaggio. Conservare in luogo asciutto al riparo da luce diretta e fonti di calore. Movimentare con cura. Utilizzare il prodotto sterile prima della scadenza indicata nella confezione e solo a confezionamento integro. Queste informazioni sono contenute nel foglio illustrativo che accompagna il prodotto.

2. Metodo di smaltimento

Non disperdere il prodotto nell'ambiente. Smaltire il dispositivo usato come rifiuto speciale secondo le normative vigenti nel paese di utilizzo. Non contiene composti clorurati e non produce gas tossici né inquinanti all'atto dell'incenerimento.

3. Biocompatibilità, lattice naturale e fthalati

Tutti i materiali utilizzati nella fabbricazione del dispositivo sono di grado medico, la loro tossicità viene testata, come viene testata la compatibilità cutanea relativamente alla destinazione d'uso dei prodotti, conformemente a quanto previsto dalla Direttiva 93/42/CEE e dalla norma ISO 10993 e non contengono ftalati e lattice naturale (DEHP FREE – LATEX FREE).

Il dispositivo è privo di peluria, di odori ed è ipoallergenico. Non sono contenuti materiali che possono provocare allergie o manifestazioni cutanee.