



DIPARTIMENTO
MALATTIE INFETTIVE



CENTRO NAZIONALE
DIPENDENZE E DOPING



Ministero della Salute

Indicazioni ad interim per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 nei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze

8 Aprile 2021



iss.it/ilfuturodipendedanoi

Indicazioni *ad interim* per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 nei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze

Aggiornato a 8 aprile 2021

Istituto Superiore di Sanità

Fortunato D'Ancona, Lorenzo Bandini, Paolo Berretta, Claudia Isonne, Claudia Lucarelli, Lorenza Lia, Adele Minutillo, Mirella Taranto, Alberto Mateo Urdiales

Ministero della Salute

Anna Caraglia, Alessia D'Alisera, Jessica Iera, Pietro Canuzzi, Liliana La Sala

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Gianluca Pucciarelli

Con il contributo di:

Roberto Berselli, Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT)

Antonio Boschini, Comunità San Patrignano

Ernesto De Bernardis, Società Italiana Tossicodipendenze (SITD)

Tania Fontanella, Comunità Incontro

Claudio Leonardi, Società Italiana Patologie da Dipendenza (SIPAD)

Fabrizio Mariani, Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)

Matteo Nicolini, Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT)

Matteo Pascucci, Società Italiana Patologie da Dipendenza (SIPAD)

Piero Pierucci, Comunità Incontro

Stefano Regio, Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA)

Biagio Sciortino, Coordinamento Nazionale dei Coordinamenti Regionali degli Enti

Accreditati per le dipendenze (INTERCEAR).

Progetto attivato in collaborazione con la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per le Politiche Antidroga, all'interno del progetto "Prevenzione delle patologie infettive e diffuse nei tossicodipendenti: la prevenzione e controllo delle infezioni COVID-19 nel contesto emergenziale"

Per informazioni su questo documento scrivere a: paolo.dancona@iss.it

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it

Istituto Superiore di Sanità.

Indicazioni *ad interim* per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 nei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 8 aprile 2021

Fortunato D'Ancona, Lorenzo Bandini, Paolo Berretta, Claudia Isonne, Claudia Lucarelli, Lorenza Lia, Adele Minutillo, Mirella Taranto, Alberto Mateo Urdiales, Anna Caraglia, Alessia D'Alisera, Jessica Iera, Pietro Canuzzi, Liliana La Sala, Gianluca Pucciarelli

2021, 28 p.

Sono ormai numerose le evidenze scientifiche¹ che mettono in luce come alcune categorie fragili della società possano essere colpite più duramente dall'epidemia di COVID-19, perché maggiormente esposte al contagio e all'impatto che può avere sulla salute. Le persone che fanno uso di sostanze stupefacenti e gli alcolisti sono verosimilmente più vulnerabili alle malattie infettive e, nel caso particolare, all'infezione da coronavirus (COVID-19) rispetto alla popolazione generale, a causa di alcuni comportamenti associati al consumo di sostanze, ai contesti in cui tali sostanze sono assunte o ai luoghi di erogazione dell'assistenza, alle loro condizioni fisiche. Il presente rapporto vuole fornire indicazioni che permettano alle strutture (quali ambulatori, Ser.D., servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle dipendenze patologiche ecc.) di garantire supporto riducendo il rischio di contagio da SARS-CoV-2 sia negli ospiti che negli operatori. Considerata la situazione simile per altre categorie fragili, quali persone affette da dipendenze patologiche, alcolisti, tale documento è applicabile anche alle suddette categorie.

Citare questo documento come segue:

D'Ancona F., Bandini L., Berretta P., Isonne C., Lucarelli C., Lia L., Minutillo A., Taranto A.M., Mateo Urdiales A., Caraglia A., D'Alisera A., Iera J., Canuzzi P., La Sala L., Pucciarelli G. Indicazioni ad interim per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 nei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 8 aprile 2021

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*





Sommario

Acronimi	5
Introduzione	6
L'infezione da SARS-CoV-2 e i suoi rischi	7
Effetti del COVID-19 sulla popolazione con dipendenze patologiche	8
Principi generali di contrasto e controllo delle infezioni	9
Misure generali e specifiche di prevenzione a livello dei servizi per le dipendenze	10
Misure organizzative	10
Misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi possibili/probabili/confermati di COVID-19 nelle strutture ambulatoriali	10
Misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi possibili/probabili/confermati di COVID-19 nelle comunità terapeutiche	12
Gestione dell'assistenza effettuata con unità mobili ("Unità di strada")	14
Gestione domiciliare di utenti confermati di COVID-19	15
Misure specifiche di prevenzione	16
Promozione delle misure di prevenzione	16
Screening degli operatori sanitari, sociosanitari e residenti/pazienti	16
Misure di prevenzione da applicare nelle singole attività	17
Terapie/attività di gruppo	17
Terapie individuali	17
Aree comuni	18
Dispositivi di protezione individuale (DPI) da utilizzare per le singole attività	18
Gestione dei casi possibili/probabili/confermati di COVID-19	18
Offerta vaccinale agli operatori e utenti	19
Misure di prevenzione e comportamenti post vaccinazione anti SARS – CoV-2	21
Formazione e addestramento del personale per la corretta adozione di prevenzione, protezione e precauzione di isolamento	23
Monitoraggio e documentazione dell'implementazione delle suddette indicazioni	24
Allegato 1: Check list di autovalutazione sulle principali misure organizzative per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2	25
Bibliografia	26

Acronimi

AGENAS Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

AIFA Agenzia Italiana del Farmaco

COV Composti Organici Volatili

DM Decreto Ministeriale

DPI Dispositivi di Protezione Individuale

ECDC European Centre for Disease prevention and Control

FFP2 / FFP3 Filtering FacePiece class 2 / Filtering FacePiece class 3

ICA Infezioni Correlate all'Assistenza

ISS Istituto Superiore di Sanità

MERS Middle East Respiratory Syndrome

PM 10 Materiale particolato

PMC Presidi Medico-Chirurgici

SARS Severe Acute Respiratory Syndrome

SARS-CoV-2 Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2

Ser.D. Servizio per le Dipendenze Patologiche

Introduzione

Sono ormai numerose le evidenze scientifiche² che mettono in luce come alcune categorie fragili della società possano essere colpite più duramente dall'epidemia di COVID-19, perché maggiormente esposte al contagio e all'impatto che può avere sulla salute. Inoltre, si è assistito in questo periodo ad una riorganizzazione straordinaria delle attività sanitarie e dalle politiche di distanziamento che hanno reso ancora più difficoltoso garantire determinati servizi ad alcune categorie di soggetti, tra cui le persone affette da dipendenze patologiche³. Le persone che fanno uso di sostanze stupefacenti e gli alcolisti sono verosimilmente più vulnerabili alle malattie infettive e, nel caso particolare, all'infezione da coronavirus (COVID-19) rispetto alla popolazione generale, a causa di alcuni comportamenti associati al consumo di sostanze, ai contesti in cui tali sostanze sono assunte o ai luoghi di erogazione dell'assistenza. Inoltre, queste persone sono generalmente in condizioni di salute peggiori rispetto alla popolazione generale poiché potrebbero essere inclini a seguire stili di vita non adeguati (es. fumo, scarsa igiene) ed avere difese immunitarie più deboli per gli effetti delle sostanze sull'organismo, stress, malnutrizione e co-morbidità. A questo si aggiungono la stigmatizzazione e l'emarginazione⁴ a cui queste persone sono soggette che possono non solo aumentare il rischio, ma anche creare ostacoli alla promozione di misure di prevenzione e controllo per la riduzione dei rischi da infezione da SARS-CoV-2. Per questo è necessario lo sviluppo di specifiche procedure e interventi che si traducano in strategie sanitarie uniformi e appropriate in relazione all'emergenza COVID-19, e applicabili al contesto nazionale. Considerando l'elevato fabbisogno dei soggetti con dipendenze patologiche, il presente rapporto vuole fornire indicazioni che permettano alle strutture (quali ambulatori, Ser.D., servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle dipendenze patologiche ecc.) di garantire supporto riducendo il rischio di contagio da SARS-CoV-2 sia negli ospiti che negli operatori. Considerata la situazione simile per altre categorie fragili, quali persone affette da dipendenze patologiche, alcolisti, tale documento è applicabile anche alle suddette categorie.

L'infezione da SARS-CoV-2 e i suoi rischi

I coronavirus (CoV) sono un'ampia famiglia di virus respiratori che possono causare malattie da lievi a moderate, dal comune raffreddore a sindromi respiratorie come la MERS (sindrome respiratoria mediorientale, *Middle East Respiratory Syndrome*) e la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, *Severe Acute Respiratory Syndrome*).

Il principale meccanismo di trasmissione del SARS-CoV-2 avviene attraverso contatto con i casi sintomatici ma è possibile anche la trasmissione da un soggetto infetto ma asintomatico⁵.

Le modalità di trasmissione interumana dei coronavirus attualmente conosciute sono^{6 7}:

- attraverso droplets (goccioline) delle secrezioni delle vie aeree superiori veicolate quando la persona tossisce, starnutisce, canta, respira pesantemente o parla;
- per via aerogena (attraverso aerosol) in determinate condizioni;
- per contatto diretto ravvicinato, con la stretta di mano e toccando con le mani contaminate le mucose di bocca, naso e occhi;
- toccando superfici o oggetti contaminati dal virus e poi toccandosi bocca, naso e occhi;
- contaminazione fecale (raramente).

La trasmissione di aerosol può verificarsi con maggiore frequenza in situazioni specifiche in cui vengono eseguite procedure che generano aerosol, incluse alcune procedure assistenziali^{7 8}.

Il quadro clinico coinvolge prevalentemente le vie respiratorie con sintomi che variano dal raffreddore fino ad arrivare ad una patologia severa come una polmonite interstiziale che, nei casi più gravi, porta ad insufficienza respiratoria acuta e morte del paziente.

Nel setting dei disturbi da uso di sostanze, a questi rischi clinici si aggiungono i rischi specifici a cui queste persone sono esposte. Il consumo di droghe e alcol è associato a patologie croniche pregresse come broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO), HIV, epatiti croniche, che aumentano il rischio di sviluppare complicanze e aggravare il quadro clinico in caso di COVID-19⁹.

La condivisione degli oggetti per l'assunzione delle droghe e il loro consumo in gruppo e/o in luoghi affollati, può aumentare il rischio di infezione. Tale rischio può essere elevato anche nei centri per il trattamento della tossicodipendenza, specialmente in aree in cui il distanziamento sociale risulta difficile, come le sale d'aspetto o le strutture comunitarie.

Inoltre, vi sono anche rischi indiretti dovuti ai periodi di *lockdown* e alla riorganizzazione del servizio sanitario, che hanno portato ad una penalizzazione dei servizi che erogano assistenza ai soggetti tossicodipendenti. I disservizi hanno avuto come conseguenza la limitazione dell'accesso alle terapie con farmaci agonisti e alla difficoltà di fornire farmaci essenziali oltre che a strumenti sterili per l'assunzione delle sostanze psicotrope.

Effetti del COVID-19 sulla popolazione con dipendenze patologiche

L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze¹⁰, in Europa, e il National Institute on Drug Abuse¹¹, negli Stati Uniti¹², hanno lanciato per primi l'allarme, sollevando preoccupazioni sulla vulnerabilità al SARS-CoV-2 delle persone con disturbi da uso di sostanze, soprattutto a causa degli effetti degli oppiacei (es. eroina), degli oppioidi sintetici e della metamfetamina sul sistema respiratorio e sulla salute polmonare^{13 14 15}. Le comorbidità, comprese il diabete, le neoplasie maligne, le malattie cardiovascolari, l'HIV^{16 17 18 19} e altre malattie respiratorie, implicano un possibile peggioramento della prognosi nei pazienti affetti da COVID-19^{20 21}.

Data l'elevata prevalenza di malattie croniche tra i tossicodipendenti, molti potrebbero essere a rischio di distress respiratorio con esito fatale se infettati da SARS-CoV-2. Vale anche la pena ricordare che i tossicodipendenti che fumano eroina o crack possono essere soggetti ad asma e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)¹⁰. Inoltre, le persone che usano dosi elevate di oppioidi, soggetti a prescrizione o che presentano disturbi da uso di oppioidi, potrebbero presentare ulteriori problematiche di natura respiratoria. In effetti, gli oppioidi e gli alcolici agiscono sul sistema nervoso centrale con effetti depressivi sulla respirazione e dosi elevate possono causare ipossiemia grave, che può portare a danni cerebrali irreversibili. È noto che le malattie respiratorie croniche aumentano la mortalità per overdose nei consumatori di oppioidi e la ridotta funzionalità polmonare dovuta a COVID-19 potrebbe minacciare allo stesso modo questa popolazione. È stata rilevata anche un'alta incidenza di malattie cardiovascolari tra i consumatori di oppiacei, oppioidi e cocaina e alcol.

Mentre l'uso di droghe può aumentare i rischi associati ad un'infezione da coronavirus, i rischi sociali e psicologici della pandemia possono favorire e intensificare l'abuso di droghe e alcol, creando un meccanismo di potenziamento reciproco. Il distanziamento fisico, l'isolamento o la quarantena e l'igiene delle mani sono misure essenziali per aiutare a prevenire la trasmissione del coronavirus - tuttavia, queste strategie e lo scoppio della pandemia stessa sono state associate ad emozioni negative, come irritabilità, ansia, paura, tristezza, rabbia o noia²². È noto che queste condizioni innescano ricadute, anche in coloro che si astengono da molto tempo, o intensificano il consumo di sostanze psicoattive^{23 24}. I sintomi di astinenza provocati durante i periodi di "lockdown" potrebbero anche mettere a repentaglio queste strategie preventive, in quanto potrebbero spingere le persone ad uscire o a ricorrere a situazioni che potrebbero nuocere sulla salute degli stessi. Queste sono condizioni altamente prevalenti tra i consumatori di sostanze e possono richiedere strategie specifiche che comprendono le esigenze individuali per la prevenzione del COVID-19, il trattamento delle tossicodipendenze e la protezione degli operatori sanitari. In tutti questi scenari, i comportamenti di ricerca di droghe potrebbero aumentare l'esposizione alle infezioni per gli utilizzatori, le loro famiglie e gli operatori sanitari.

Principi generali di contrasto e controllo delle infezioni

Le indicazioni di questo documento vertono principalmente sugli ambiti di prevenzione e preparazione della struttura e sulla gestione di eventuali casi possibili/probabili/confermati di COVID-19²⁵. La riduzione del rischio di infezione per operatori e utenti deve necessariamente basarsi sull'applicazione e l'aderenza alle precauzioni standard relative alle malattie diffusibili per via aerea, che sono:

- igiene delle mani;
- distanziamento fisico;
- protezione delle vie aeree;
- adeguata pulizia e disinfezione ambientale.

Specificatamente al contesto, dovrebbero essere programmati alcuni interventi per la pianificazione e l'implementazione di misure di prevenzione e controllo per COVID-19.

Sono necessari il rafforzamento e la corretta messa in atto di piani di preparazione ("*preparedness*") per la gestione dell'emergenza legata all'infezione da SARS-CoV-2 nei servizi che erogano assistenza per dipendenze patologiche nelle varie fasi della pandemia^{26 27}. Tra questi vi sono la predisposizione di attività di screening per l'identificazione precoce di casi, ivi incluso il personale e le persone afferenti e le indicazioni riguardo i comportamenti da seguire qualora vi siano casi possibili/probabili/confermati di COVID-19.

Risulta fondamentale anche l'organizzazione di attività di formazione per il personale operante all'interno delle strutture. Tutto il personale, anche quello che viene man mano assunto, dovrebbe ricevere formazione di base sulla malattia e le vie di trasmissione del SARS-CoV-2, sull'igiene delle mani e l'igiene respiratoria, sul corretto utilizzo delle mascherine chirurgiche e DPI e sulla sanificazione ambientale. Campagne di informazione devono coinvolgere anche gli utenti ed eventuali visitatori con l'obiettivo di informarli correttamente sulla situazione epidemica, sui rischi per la salute e sulle misure di prevenzione e controllo messe in atto, così da rafforzare la loro consapevolezza e la responsabilizzazione circa l'importanza dell'adesione a tali misure per la salvaguardia della salute pubblica. Le attività di comunicazione devono essere svolte nel rispetto delle differenze culturali e linguistiche, assicurando che tutti gli individui possano comprendere le informazioni divulgate.

Misure generali e specifiche di prevenzione a livello dei servizi per le dipendenze

La continuità dei servizi sanitari per le persone con dipendenze patologiche deve essere garantita assicurando che tali servizi siano dotati delle opportune risorse, garantendo misure di protezione personale tra gli operatori e pianificazione dei servizi. È inoltre importante rivedere le dinamiche lavorative per il personale e i volontari ad alto rischio di contrarre il Covid-19 in forma grave (anziani o soggetti con patologie riconosciute come a maggiore rischio di malattia severa o esito infausto), anche favorendo modalità di lavoro agile, laddove possibile. Un aspetto da tenere nella massima considerazione è quello di assicurare agli utenti l'erogazione continuativa dei servizi di trattamento delle dipendenze patologiche, inclusa l'erogazione delle terapie agoniste e di altri farmaci necessari (incluso il naloxone). A tal proposito, in accordo con il Decreto del Ministero della Salute del 16 novembre 2007, potrebbe risultare utile fornire agli utenti una quantità di farmaci sufficiente anche per lunghi periodi²⁸. È inoltre importante garantire all'utente che faccia uso di droghe per via iniettiva, la consegna di aghi, siringhe e altri strumenti sterili, per l'assunzione di queste sostanze.

È altrettanto necessario dotare il personale dei necessari dispositivi di protezione e introdurre protocolli per la riduzione del rischio di trasmissione tra il personale stesso e gli utenti, compreso l'utilizzo di barriere fisiche per la protezione del personale che interagisce con utenti di cui non si conosce lo stato infettivo.

Le misure generali prevedono un rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni.

È necessario prevedere piani organizzativi per far fronte all'eventuale assenza del personale sviluppando politiche che prevedano presenze flessibili e congedi di malattia, identificando funzioni e posizioni lavorative fondamentali e formando personale sostitutivo allo svolgimento di tali mansioni.

Si raccomanda di prevedere opportuni momenti, anche brevi, dove gli operatori e il personale vengano ascoltati, attraverso un confronto, che possa aiutarli a verbalizzare i sentimenti di preoccupazione, per permettergli di suggerire azioni dal basso verso l'alto di miglioramento e verifica della qualità delle procedure e per far loro condividere problemi. In tali momenti è indispensabile che siano attuate le misure precauzionali previste per il raggruppamento di più persone.

Misure organizzative

Misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi possibili/probabili/confermati di COVID-19 nelle strutture ambulatoriali.

Preparazione della struttura

- predisporre dispenser di gel per l'igiene delle mani, all'ingresso della struttura, nelle aree dedicate alla visita e all'uscita dalla struttura;
- identificare servizi igienici dedicati ad utilizzo esclusivo da parte dei visitatori;
- predisporre appositi percorsi di visita per limitare il transito dei visitatori nelle aree comuni con percorsi di entrata e di uscita separati dove possibile;
- allestire aree dedicate alle visite in locali appositamente adibiti, separate dalle aree comuni o, ove possibile, all'aperto;
- affiggere nelle aree di transito e di visita infografiche e/o poster contenenti tutte le informazioni utili ai visitatori per una visita in sicurezza, ricordando i comportamenti che essi devono tenere durante il tempo della visita;
- rafforzare gli strumenti alternativi alla visita in presenza fornendo anche opportunità aggiuntive per aumentarne la frequenza;
- identificare un referente per la prevenzione e controllo dell'infezione da SARS CoV-2.

Prima dell'accesso agli studi/ambulatori

- Assicurare che nessun utente presenti sintomi compatibili con COVID-19 attraverso la misurazione all'ingresso della temperatura corporea e attraverso la compilazione di apposita modulistica in cui l'utente dichiara l'assenza di condizioni che potrebbero essere ostative. Deve essere vietato l'accesso agli utenti in caso di riscontro di temperatura superiore a 37.5°C; in caso di intervento necessario ed inderogabile porre l'utente in isolamento in un ambulatorio dedicato.

Ingresso/Sala d'attesa

- All'ingresso gli utenti devono effettuare una attenta igiene delle mani con il gel idroalcolico messo a disposizione dalla struttura stessa. I visitatori non devono indossare guanti a meno che essi non siano stati forniti dalla struttura e indossati all'interno della struttura dopo l'igiene delle mani;
- garantire il rispetto della distanza interpersonale di almeno un metro;
- consentire l'accesso al servizio solo se dotati di mascherina, possibilmente chirurgica;
- fornire la mascherina chirurgica agli utenti sprovvisti;
- consentire l'ingresso solamente agli utenti e limitare l'accesso degli accompagnatori solo in caso di non autosufficienza degli utenti o in caso di minori;
- evitare la condivisione di oggetti comuni, quali riviste, giornali ecc.

Al momento della visita

- Tenere traccia di tutti gli ingressi di coloro che non fanno parte dello staff per almeno 14 giorni;
- richiedere che gli utenti indossino correttamente e per tutto il tempo della visita una mascherina chirurgica (tipo I o II o IIR). Sono permessi filtranti facciali (FFP2 o FFP3) purché non dotati di valvola;
- vietare i contatti fisici tra visitatori (es. baci, abbracci, assistenza) e richiedere sempre il rispetto della distanza fisica di almeno un metro;
- predisporre degli spazi dedicati agli effetti personali e alla documentazione sanitaria degli utenti;
- predisporre un'area dedicata all'intervento sanitario con relativo materiale da utilizzare al fine di evitare contaminazioni;
- garantire l'adesione alle precauzioni standard come la corretta igiene delle mani prima e dopo l'intervento sanitario;
- fornire e garantire agli operatori l'utilizzo di idonei dispositivi di protezione individuale (DPI) per la specifica attività.

Al termine di ogni visita/colloquio

- Sanificare tutte le superfici con cui l'utente entra in contatto. Dopo l'uso le superfici devono essere accuratamente pulite con un detergente neutro. In seguito, praticare la disinfezione mediante un disinfettante efficace contro il virus (PMC o biocida) o, in sua assenza, alcol etilico al 70%, con una soluzione di ipoclorito di sodio diluita allo 0,5% di cloro attivo per i servizi igienici (es. la candeggina sul mercato è generalmente al 5% o al 10% di contenuto di cloro), e allo 0,1% di cloro attivo per tutte le altre superfici da pulire, tenendo in considerazione la compatibilità con il materiale da detergere. I detergenti a base di cloro non sono utilizzabili su tutti i materiali^{29 30 31}.
- Garantire un buon ricambio dell'aria (con mezzi meccanici o naturali) in tutti gli ambienti dove sono presenti postazioni di lavoro e personale, migliorando l'apporto controllato di aria primaria e favorendo con maggiore frequenza l'apertura di finestre e balconi. Il principio è quello di apportare, il più possibile con l'ingresso dell'aria esterna all'interno degli ambienti di lavoro, aria "fresca più pulita" e, contemporaneamente, ridurre/diluire le concentrazioni degli inquinanti specifici (es. COV, PM10, ecc.), della CO₂, degli odori, dell'umidità e del bioaerosol

che può trasportare batteri, virus, allergeni, funghi filamentosi (muffe) e, conseguentemente, del rischio di esposizione per il personale e gli utenti dell'edificio³².

Al termine dell'attività ambulatoriale

- Smaltire in contenitori destinati ai rifiuti a rischio infettivo tutto il materiale monouso utilizzato durante l'attività³³ compresi i dispositivi medici e i DPI.

Misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi possibili/probabili/confermati di COVID-19 nelle comunità terapeutiche

Preparazione della struttura

- Predisporre dispenser di gel per l'igiene delle mani, all'ingresso della struttura, nelle aree dedicate alla visita e all'uscita dalla struttura.
- Identificare servizi igienici dedicati ad utilizzo esclusivo da parte dei visitatori.
- Predisporre appositi percorsi di visita per limitare il transito dei visitatori nelle aree comuni con percorsi di entrata e di uscita separati dove possibile.
- Allestire aree dedicate alle visite in locali appositamente adibiti, separate dalle aree comuni o, ove possibile, all'aperto.
- Affiggere nelle aree di transito e di visita infografiche e/o poster contenenti tutte le informazioni utili ai visitatori per una visita in sicurezza, ricordando i comportamenti che essi devono tenere durante il tempo della visita.
- Rafforzare gli strumenti alternativi alla visita in presenza fornendo anche opportunità aggiuntive per aumentarne la frequenza.
- Identificare un referente per la prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2.
- Preparare un protocollo per la prevenzione del COVID-19 nella struttura;
- Prevedere misure per i fornitori che entrano nella struttura: misurazione della temperatura all'ingresso (con termometri che non prevedono il contatto, o termoscanter fissi, ove disponibili). Far eseguire all'interessato l'igiene delle mani e verificare che la mascherina sia correttamente indossata. Riportare su apposito registro i nominativi dei fornitori al fine di tracciarne la provenienza ed intercettare il rischio di contagio.
- Assicurare formazione e informazione: tutto il personale e coloro che sono presenti nelle comunità terapeutiche dovrebbero conoscere le strategie più idonee per prevenire la trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2, comprese le misure di protezione personale elencate di seguito e in particolare: igiene delle mani, distanziamento fisico, protezione delle vie aeree, adeguata pulizia e disinfezione ambientale.
- Rinforzare il protocollo di sanificazione specialmente dalle aree a maggiore frequentazione dei visitatori; sanificare tutte le superfici con cui l'utente entra in contatto. Dopo l'uso le superfici devono essere accuratamente pulite con un detergente neutro. In seguito, praticare la disinfezione mediante un disinfettante efficace contro il virus (Presidio medico chirurgico o biocida) o, in sua assenza, alcol etilico al 70%, con una soluzione di ipoclorito di sodio diluita allo 0,5% di cloro attivo per i servizi igienici (es. la candeggina sul mercato è generalmente al 5% o al 10% di contenuto di cloro), e allo 0,1% di cloro attivo per tutte le altre superfici da pulire, tenendo in considerazione la compatibilità con il materiale da detergere. I detergenti a base di cloro non sono utilizzabili su tutti i materiali^{29 30}.

Ingressi di operatori sanitari esterni

L'accesso di operatori sanitari esterni alla struttura sarà possibile ma dovrà essere regolamentato, evitando per quanto possibile sovrapposizioni.

È raccomandato organizzare l'accesso in turni di visita, che riguardino tutti i residenti di riferimento e per tutte le necessità clinico assistenziali, in modo da limitare il numero degli eventuali operatori sanitari esterni presenti contemporaneamente nella struttura³⁴.

Visitatori nelle comunità terapeutiche

Un altro aspetto fondamentale della prevenzione è impedire l'ingresso di casi possibili/probabili/confermati di COVID-19; è quindi necessario uno stretto governo degli accessi nella struttura. In particolare, ogni struttura deve approntare un piano per le visite che includa alcuni principi chiave:

- Limitare il più possibile gli accessi dei visitatori e dei parenti e laddove fosse concesso, sarebbe opportuno prevedere misure per garantire il distanziamento e limitazioni nella frequenza, durata e numero di accessi consentiti (massimo 2 visitatori alla volta allargabile a tre in presenza di un minore), in funzione del livello di circolazione di SARS-CoV-2.
- Informare preventivamente e adeguatamente i visitatori e i parenti, eventualmente autorizzati, riguardo le regole per accedere all'interno delle strutture (es. igiene delle mani, uso della mascherina). Le persone autorizzate dovranno osservare tutte le precauzioni raccomandate per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2.
- Mettere a disposizione dei visitatori mascherine chirurgiche (tipo I, tipo II o tipo IIR).
- È assolutamente necessario impedire l'accesso a persone che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di COVID-19 possibili/probabili/confermati negli ultimi 14 giorni. A tal fine, è utile richiedere ai visitatori la compilazione di un'autodichiarazione e mettere in atto un sistema di valutazione per chiunque debba accedere nella comunità terapeutica in modo tale da consentire l'identificazione immediata di persone che presentino sintomi compatibili con Covid-19 (tosse, febbre, mialgia, cefalea, dispnea, brividi, astenia, diarrea, vomito)²⁵. Si raccomanda che tale valutazione preveda anche la misurazione della temperatura (con termometri che non prevedono il contatto, o termoscanter fissi, ove disponibili) e compilazione di un breve questionario o intervista da parte di un operatore.
- È opportuno riportare su apposito registro i nominativi dei visitatori al fine di tracciarne la provenienza ed intercettare il rischio di contagio. Nella stessa occasione è importante ricordare all'ingresso le norme comportamentali e le precauzioni raccomandate per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, nonché far effettuare ai visitatori un'accurata igiene delle mani.
- È opportuno prevedere, a tutela della sicurezza sia di chi è accolto in una struttura sia di chi vi entra, non ultimi degli operatori che quotidianamente garantiscono l'assistenza, che le visite ai degenti, da parte di familiari o altri soggetti, siano consentite solo previa presentazione di un'autocertificazione, debitamente compilata e sottoscritta dal visitatore, in cui si attesti:
 - di non essere sottoposti a quarantena o isolamento;
 - di non essere contatti stretti di casi sospetti/probabili/ confermati COVID-19;
 - di non presentare alcun sintomo compatibile a COVID-19;
 - di non essere rientrati da aree geografiche per le quali è prevista a quarantena dopo l'arrivo.
- È opportuna la presenza di un operatore durante la visita allo scopo di vigilare sulla corretta osservanza delle misure di prevenzione, attuando comunque opportuni accorgimenti tali da garantire la riservatezza.
- Se possibile preferire che le visite si svolgano in un luogo all'aperto con distanziamento fisico o in locale arieggiato e sanificato prima e dopo la visita.
- Devono essere identificati, se possibile, dei servizi igienici dedicati ai visitatori.
- Eventuali oggetti da parte dei visitatori devono essere consegnati al personale che, valutata la necessità di sanificazione, li consegnerà agli assistiti.
- È raccomandato ricordare il rispetto delle regole sopracitate anche per coloro che per motivi lavorativi debbano accedere alla struttura.

Ingresso di nuovi assistiti

- In caso di ingresso di nuovi assistiti dovrebbero essere tenute in considerazione le norme di distanziamento fisico previste per limitare il rischio di la trasmissione del virus da soggetti in una possibile fase di incubazione. Sarebbe opportuno, quindi, riorganizzare gli spazi (camere da letto degli assistiti o spazi condivisi) al fine di evitare condizioni di sovraffollamento. Valutare, in base alla situazione epidemiologica, se limitare i nuovi ingressi ai soli casi urgenti e improcrastinabili, previa verifica di sostenibilità da parte del contesto familiare, garantendo comunque gli interventi "indifferibili", cioè quelli senza i quali potrebbe verificarsi un rapido peggioramento delle condizioni del paziente.
- Al momento della nuova accettazione, eseguire visita medica che accerti l'assenza di condizioni di rischio in atto. Il medico della struttura deve verificare, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, che la persona non si trovi nelle condizioni di "caso possibile", "caso probabile", "caso confermato". Se presenti tali circostanze, vietare l'ammissione nella struttura.
- Eseguire screening per i nuovi ospiti al momento dell'ingresso nella comunità terapeutica in base alle indicazioni regionali e alla disponibilità di risorse. In generale è raccomandabile prevedere l'esecuzione di un test all'ingresso in struttura e in caso di negatività, quarantena per sette giorni e un successivo test prima della fine della quarantena. L'uso dei test molecolari è di prima scelta, considerata l'importanza di evitare l'ingresso del virus nella comunità³⁵. In alternativa, in presenza di tempi eccessivamente lunghi per un test molecolare, si consideri l'uso di un test antigenico rapido che tuttavia ha una minore sensibilità^{36 37}.
- I nuovi ospiti che prima dell'ingresso sono stati a contatto con un caso possibile/probabile/ confermato COVID-19 devono essere considerati a rischio e, pertanto, essere sottoposti a quarantena in camera singola. Devono, osservare un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato in decima giornata o di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso⁴⁴. Al fine di limitare la diffusione di nuove varianti, per i contatti di caso COVID-19 sospetto/confermato per infezione da variante, la quarantena non può essere interrotta al decimo giorno e deve essere effettuato un test molecolare al 14° giorno di quarantena³⁸.

Gestione dei rientri in comunità

Le uscite possono essere effettuate solo in considerazione della particolare situazione dell'assistito, ma vanno valutate anche alla luce del diverso indice di contagio presente in ogni regione. Si consiglia comunque di limitare al minimo le uscite (es. situazioni assolutamente improcrastinabili come visite mediche, udienze...) ed eliminare quelle di tipo ludico/ricreativo. Si raccomanda di assicurarsi che nella famiglia, o nel luogo ove la persona intende recarsi, non ci siano stati casi (confermati o possibili/ probabili) di COVID-19 o individui in quarantena.

Prevedere la fornitura di mascherine e se possibile l'accompagnamento da parte di un operatore.


Si raccomanda di informare gli assistiti sui comportamenti corretti da attuare nei giorni trascorsi all'esterno e di segnalare telefonicamente l'insorgenza di sintomi compatibili con COVID 19 (febbre, tosse, alterazione gusto od olfatto, etc.). Al rientro, informarsi e registrare le informazioni circa i luoghi frequentati e i contatti avuti durante la permanenza all'esterno, al fine di intercettare le eventuali situazioni a rischio di contagio.

Considerare il rientro dell'assistito come nuovo ingresso se effettuati pernotti superiori ai tre giorni e procedere con le raccomandazioni relative ai test e al periodo di quarantena.

Se possibile prevedere organizzazione degli assistiti secondo modalità di *cohorting*, per esempio, organizzando le stanze del pernotto separate per chi esce regolarmente, e per chi non esce dalla struttura.

Gestione dell'assistenza effettuata con unità mobili ("Unità di strada")

Nell'organizzazione del sistema preventivo-assistenziale per le tossicodipendenze è importante considerare anche l'attività svolta dalle unità mobili e dagli interventi in strada.



Le unità mobili svolgono un ruolo fondamentale con attività prioritariamente rivolta a garantire l'accesso alle cure, la presa in carico e la continuità nei percorsi assistenziali a fasce di popolazione in condizioni di marginalità sociale. Le unità di strada non sono soltanto cliniche mobili di emergenza ma sono anche una fonte di informazione, sensibilizzazione e consulenza in materia di droghe e alcol e delle relative terapie di disintossicazione e riabilitazione.

È già stato sottolineato come la continuità dei servizi sanitari per le persone con dipendenze patologiche deve essere garantita assicurando che tali servizi siano dotati delle opportune risorse, garantendo misure di protezione personale tra gli operatori e pianificazione dei servizi.

Nello scenario emergenziale COVID-19, infatti, è necessario tutelare i professionisti, dotandoli, sulla base delle evidenze, di dispositivi appropriati secondo un rationale basato sulla valutazione del rischio con priorità per gli operatori più esposti.

È necessario dotare il personale dei necessari dispositivi di protezione individuale e introdurre protocolli per la riduzione del rischio di trasmissione tra il personale stesso e gli utenti, compreso l'utilizzo di barriere fisiche per la protezione del personale che interagisce con utenti di cui non si conosce lo stato infettivo. In considerazione delle attività svolte presso le unità, le precauzioni atte a contenere un possibile rischio infettivo andranno quindi attuate con maggiore rigore.

In contesti assistenziali sul territorio ove vengono assistiti numerosi pazienti COVID-19, dovrebbe essere preso in considerazione il ricorso a FFP2, in base a una appropriata valutazione del rischio che tenga anche conto del significativo incremento del tempo di esposizione, effettuata a livello della struttura dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente³⁹.

Gestione domiciliare di utenti confermati di COVID-19

L'obiettivo di un servizio di assistenza a domicilio consiste nel portare servizi medico-assistenziali alle persone in isolamento, allo scopo di sorvegliare proattivamente le condizioni di salute e inoltre di soddisfare le necessità della persona. Nel caso di soggetti con disturbo da uso di sostanze questo si traduce, per esempio, nel fornire una continuità nell'erogazione della terapia farmacologica adeguata e del materiale sterile per la auto-somministrazione delle sostanze. A tal proposito, è opportuno valutare l'appropriatezza dei dosaggi dei farmaci agonisti e considerare, solo se compatibile con lo scopo della terapia, un'eventuale riduzione in accordo con il paziente. In questo caso si raccomanda agli operatori particolare attenzione al mantenimento delle precauzioni previste nel documento per l'assistenza domiciliare come da Rapporto ISS COVID-19 n.1/2020⁴⁰.

A ciò si aggiunge il sostegno psicologico e l'assistenza sanitaria che possono essere forniti per via telematica attraverso interventi da remoto.

Misure specifiche di prevenzione

Promozione delle misure di prevenzione

Al fine di rafforzare la sensibilizzazione e la formazione del personale, degli utenti e dei visitatori autorizzati è importante che vengano promossi dei promemoria visivi come poster, cartelli, volantini, screen-saver che dovrebbero, ad esempio, insistere sull'igiene delle mani, sul distanziamento fisico e altre precauzioni, nonché sulla necessità di monitorare il proprio stato di salute. Messaggi e promemoria visivi possono anche essere diffusi attraverso i social media. L'ISS ha preparato una sezione nel proprio sito web dove scaricare documenti tecnici e infografiche⁴¹. Materiale informativo e comunicativo specifico per le attività dei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze sarà prodotto all'interno del progetto "Prevenzione delle patologie infettive e diffuse nei tossicodipendenti: la prevenzione e controllo delle infezioni COVID-19 nel contesto emergenziale" dell'Istituto superiore di sanità in collaborazione con il Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio.

L'adeguata sensibilizzazione e formazione degli utenti e dei visitatori autorizzati sono fondamentali nella prevenzione e nel controllo dei casi di COVID-19. La sensibilizzazione e la formazione devono concentrarsi sul far rispettare le seguenti misure:

- evitare strette di mano, baci e abbracci;
- igiene delle mani: lavaggio con acqua e sapone e asciugatura con salvietta monouso, o frizione con soluzione idroalcolica;
- igiene respiratoria: tossire e starnutire coprendo naso e bocca usando fazzoletti o nella piega del gomito; i fazzoletti dovrebbero essere preferibilmente di carta in modo da poter essere smaltiti subito dopo l'uso in una pattumiera chiusa;
- mantenersi a distanza di almeno 1 metro;
- utilizzo di mascherina chirurgica in ogni situazione a prescindere dalla distanza interpersonale;
- utilizzo di mascherina chirurgica da parte dei residenti/utenti e dei visitatori per tutto il tempo della visita;
- evitare di condividere oggetti con altro residente (es. giornali, riviste etc.).

Screening degli operatori sanitari, sociosanitari e residenti/pazienti

L'ECDC sottolinea come sia fondamentale mitigare l'impatto del COVID-19 negli ambienti sanitari e di assistenza sociale⁴².

Per tale ragione è importante che le strategie di screening del personale sanitario e sociosanitario rimangano flessibili e in grado di adattarsi rapidamente ai cambiamenti a seconda della situazione epidemiologica locale, delle disposizioni delle autorità sanitarie regionali/locali, dei tassi di trasmissione, della dinamica demografica e delle risorse disponibili.

Cluster o focolai possono verificarsi in determinati contesti, come luoghi di lavoro, strutture educative, carceri e centri di detenzione per migranti. Per tale ragione dovrebbero essere in atto politiche e strategie di screening per l'individuazione rapida ed il controllo dei casi così da proteggere le popolazioni pertinenti in questi contesti e proteggere la comunità da una trasmissione amplificata.

Per gli ambienti sanitari, socioassistenziali e i luoghi di comunità si raccomandano test di screening periodici e completi per tutto il personale e per i residenti/pazienti così da prevenire la trasmissione, ed il possibile verificarsi di cluster o focolai. Inoltre, tutti i pazienti/residenti devono essere testati immediatamente prima del ricovero.⁴²

Si raccomanda l'effettuazione del tampone antigenico/molecolare ogni 1-2 settimane^{37 42}. Diversi studi hanno stimato che uno screening settimanale con tampone molecolare del personale sanitario ed altre categorie a rischio ridurrebbe la trasmissione di SARS-CoV-2 del 23%, se i risultati del test arrivano entro 24 ore.

Nell'Unione Europea/Spazio Economico Europeo (UE/SEE) sono disponibili test di rilevamento rapido degli antigeni (RADT) che possono essere utilizzati come auto-test per rilevare il SARS-CoV-2. Questi test richiedono agli individui di raccogliere un campione, condurre un test e interpretare i risultati da soli.

Al momento della stesura di questo documento, sul mercato ci sono pochi test rapidi antigenici per l'autocontrollo per COVID-19 (test autosomministrati) e nessuno ancora marcato CE per l'autocontrollo in conformità con la direttiva 98/79/CE. Tuttavia, è probabile una loro futura disponibilità, al fianco di nuove tecnologie attualmente in via di sviluppo come la raccolta dei campioni attraverso saliva per i test sia antigenici che molecolari. Dal punto di vista della salute pubblica, i test autosomministrabili potrebbero offrire vantaggi se utilizzati per integrare i test antigenici rapidi somministrati da operatori sanitari o i test molecolari, specialmente migliorandone l'accessibilità e la accettabilità presso gli utenti. Tuttavia, questo, in uno scenario futuro potrebbe portare anche a una sotto segnalazione di eventuali positività rendendo più impegnative le misure di risposta come il tracciamento dei contatti e la quarantena dei contatti^{43 44}. Un'ulteriore sfida è che i campioni provenienti dall'auto-test non sarebbero disponibili per il sequenziamento e il monitoraggio delle varianti⁴⁵.

Il personale operante all'interno delle comunità è tenuto al rispetto delle norme per la prevenzione della trasmissione del virus, e ad astenersi dal lavoro qualora presentino sintomi riconducibili a COVID-19 o abbiano avuto contatti stretti con casi confermati di COVID-19.

Misure di prevenzione da applicare nelle singole attività

Terapie/attività di gruppo

Per lo svolgimento delle attività in cui sono coinvolte più persone, attenersi alle norme di prevenzione per le malattie infettive diffusibili via droplets:

- distanziamento fisico di almeno un metro; è auspicabile aumentare la distanza fino a due metri, laddove possibile, se l'attività prevede respirazione intensa (es. attività fisica, canto) o nelle situazioni al chiuso, dove la mascherina non è indossata (es. durante i pasti) in assenza di barriere fisiche;
- preferire, ove possibile, lo svolgimento delle attività di gruppo all'aperto;
- nelle attività svolte in luoghi chiusi prevedere un rigoroso utilizzo di mascherine chirurgiche;
- eseguire in maniera costante la corretta igiene delle mani.

Tali indicazioni devono essere rispettate sia dal personale che dagli assistiti della struttura.

Terapie individuali

Per le attività e terapie individuali, in linea generale attenersi alle stesse norme previste per le attività di gruppo (distanziamento, igiene delle mani, utilizzo di mascherine chirurgiche) e ridurre al minimo il numero di operatori che interagiscono di persona con gli utenti.

Nello specifico, fornire mascherine agli utenti e renderne obbligatorio il loro utilizzo durante la terapia. Al fine di attuare le corrette procedure di igiene delle mani, rendere disponibile soluzione alcolica raccomandandone l'utilizzo prima e dopo la terapia. Ove possibile mantenere una distanza interpersonale di almeno due metri, in caso contrario garantire l'utilizzo di DPI idonei a specifiche attività.

In caso di necessità di intervento sanitario, predisporre un'area dedicata a tale procedura al fine di ridurre il rischio di contaminazioni.

Al termine della terapia individuale procedere alla sanificazione di tutte le superfici con cui l'utente è entrato in contatto e garantire un adeguato ricambio d'aria.

Aree comuni

- Responsabilizzare l'utente circa l'importanza del rispetto delle norme per la prevenzione e controllo del COVID-19 (ad esempio prevedendo la firma di un patto di corresponsabilità per l'ospite da far firmare allo stesso);
- evitare quanto più possibile situazioni di assembramento o momenti di aggregazione (organizzare, ad esempio, dei turni se è previsto il servizio di erogazione dei pasti);
- raccomandare di evitare la condivisione di oggetti ed effetti personali tra i vari utenti e di utilizzare sempre oggetti monouso (salviette, fazzoletti, posate e bicchieri).

Dispositivi di protezione individuale (DPI) da utilizzare per le singole attività

- Per le attività di routine in comunità ed ambulatorio si raccomanda l'uso della mascherina chirurgica. Nell'ambito di un uso razionale delle risorse nell'attuale contesto COVID-19, è raccomandato a livello internazionale che i dispositivi medici, le mascherine chirurgiche e i respiratori facciali FFP2/3 devono essere resi disponibili con priorità per l'utilizzo in ambito sanitario e sociosanitario rispetto all'uso in comunità da parte della popolazione generale.
- La scelta dell'uso dei respiratori (FFP2/FFP3) a livello locale nei percorsi COVID-19 e nell'assistenza ai casi possibili, probabili, confermati COVID-19, sia in ambito ospedaliero sia in ambito territoriale, deve essere guidata da una valutazione del rischio per SARS-CoV-2 tenendo in considerazione anche la situazione epidemiologica locale, le caratteristiche degli ambienti di lavoro (es. superfici, cubatura, ricambi d'aria), i tempi e il numero di esposizioni a rischio, la presenza di condizioni di maggiore suscettibilità degli operatori coinvolti nell'assistenza sanitaria e l'attuazione in ambito locale dei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni, in particolare l'aderenza al principio di precauzione. Alla luce delle conoscenze scientifiche che hanno avviato un dibattito circa la possibilità di una trasmissione dell'infezione per via aerosol (es. *close-range aerosol transmission*) durante l'assistenza a utenti COVID-19 confermati, pur in assenza di evidenze incontrovertibili, si ritiene necessario applicare il principio di precauzione per dare maggiore enfasi alla prevenzione del rischio. Pertanto, ove disponibili e sempre secondo una priorità basata sulla valutazione del rischio, adottando il principio di massima cautela, fornire i DPI FFP2 rispetto alle mascherine chirurgiche nella assistenza senza generazione di aerosol e FFP3 rispetto a FFP2 nelle manovre assistenziali a rischio di generazione di aerosol.

Qui di seguito alcune indicazioni che devono essere adattate alla realtà operativa (distanza operatore, eventuale sintomatologia dell'assistito, livello collaborativo dell'assistito, tipo di attività, presenza di sintomatologia):

- per il colloquio senza visita con il mantenimento della distanza di almeno un metro indossare almeno la mascherina chirurgica;
- per la somministrazione di terapia orale con il mantenimento della distanza di almeno un metro o distanziamento attraverso plexiglass usare la mascherina chirurgica;
- per la visita medica indossare mascherina chirurgica, guanti, camice monouso, occhiali/visiera;
- per la raccolta dei campioni di urina, campioni ematici, campioni di matrice cheratinica, utilizzare mascherina, guanti, visiera/occhiali, camice monouso.

Cuffia e calzari in genere non sono necessari se non in situazioni di esposizione continuata a rischio di aerosol o secrezioni.

Gestione dei casi possibili/probabili/confermati di COVID-19

In linea generale se una persona ospitata all'interno della struttura presenta un quadro clinico (es. febbre, tosse, difficoltà respiratoria) indicativo per COVID-19, deve essere considerata un caso possibile, e deve essere segnalata al Dipartimento di prevenzione per l'esecuzione del test diagnostico per SARS-CoV-2 (tampone naso-faringeo) e sottoposta a isolamento in attesa del risultato del tampone.

La persona positiva al test diagnostico e con sintomi importanti, sulla base della valutazione medica, deve essere trasferita in ambiente ospedaliero per ulteriore valutazione clinica e cure adeguate. I soggetti asintomatici o paucisintomatici non possono essere gestiti all'interno delle strutture se non dopo una valutazione da parte del dipartimento di prevenzione. Inoltre, si deve effettuare immediatamente: sanificazione degli ambienti dove il caso confermato soggiornava e veniva esaminato; valutazione del rischio di esposizione per il personale e le altre persone presenti nella struttura. In presenza di rischio, questi soggetti devono essere considerati contatti e devono quindi essere sottoposti a quarantena e sorveglianza sanitaria come stabilito dalle autorità sanitarie locali⁴³.

Qualora altre persone siano ritenute casi possibili/probabili o confermati di COVID-19 asintomatici o paucisintomatici, dovranno essere seguite tutte le precauzioni raccomandate e precisamente:

- far indossare alla persona una mascherina chirurgica;
- trasferire la persona in isolamento nelle aree precedentemente identificate;
- dotare, coloro che fanno assistenza alla persona, di DPI opportuni per prevenire la trasmissione da contatto;
- per coloro che non fanno assistenza diretta è sufficiente indossare la mascherina chirurgica ed evitare di toccare le superfici della stanza;
- effettuare una rigorosa igiene delle mani in entrata e in uscita dall'ambiente.

Qualora si confermasse un caso COVID-19 all'interno di una struttura, il Dipartimento di Prevenzione valuterà la necessità di sottoporre, in base ad una valutazione del rischio, le persone ospitate e il personale dipendente, a test di screening per SARS-CoV-2, anche in base alle indicazioni nazionali e regionali.

Offerta vaccinale agli operatori e utenti

Il Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019 identifica i soggetti appartenenti a categorie e gruppi di popolazione suddivisi sulla base del profilo di rischio specifico e per cui esistono delle indicazioni specifiche alla vaccinazione; tali categorie o gruppi sono costituiti da individui che presentano determinate caratteristiche e/o particolari condizioni morbose (patologie cardiovascolari, respiratorie, metaboliche, immunodepressione, etc.) che li espongono ad un aumentato rischio di contrarre malattie infettive invasive e sviluppare in tal caso complicanze gravi.

La prevenzione di malattie infettive attraverso le vaccinazioni rappresenta una priorità in ambito di Sanità Pubblica, ancor di più per tali soggetti che trarrebbero beneficio da interventi vaccinali mirati e che dovrebbero quindi essere oggetto di programmi specifici.

Alcune categorie professionali che lavorano a contatto con soggetti e/o con materiali potenzialmente infetti, sono a rischio di esposizione a malattie infettive prevenibili con la vaccinazione. Per tali categorie professionali, tra cui rientra il personale sanitario ed il personale di assistenza dei centri di recupero per tossicodipendenti, programmi di vaccinazione ben impostati possono ridurre in modo sostanziale i rischi, sia di acquisire pericolose infezioni occupazionali, sia di trasmettere patogeni ad altri lavoratori e soggetti con cui possono entrare in contatto.

Per gli operatori sanitari un adeguato intervento di immunizzazione è fondamentale per la prevenzione ed il controllo delle infezioni. Nella maggior parte dei casi, l'immunizzazione attiva riveste un ruolo non soltanto di protezione del singolo operatore ma soprattutto di garanzia nei confronti dei pazienti, ai quali l'operatore potrebbe trasmettere l'infezione determinando gravi danni e persino casi mortali.

Il personale di assistenza dei centri di recupero per tossicodipendenti rappresenta una categoria a rischio di esposizione professionale in quanto potenzialmente a rischio di contrarre alcune patologie infettive, e quindi dovrebbe beneficiare di campagne vaccinali mirate⁴⁶.

Il Piano strategico dell'Italia per la vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19, adottato con DM del 2 Gennaio 2021 ispirandosi ai valori e principi di equità, reciprocità, legittimità, protezione, promozione della salute e del benessere, sottolinea come sia necessario definire delle priorità in modo chiaro e trasparente, tenendo conto delle raccomandazioni internazionali ed europee. In particolare, l'obiettivo specifico è quello di stabilire l'ordine di priorità con particolare rilievo a considerazioni di carattere sanitario, definito sulla base del criterio del maggior rischio di letalità correlato al Covid-19.

Pertanto, i parametri presi in considerazione a tal fine, sulla base delle analisi condotte dagli studi scientifici a disposizione, sono l'età e la presenza di condizioni patologiche che rappresentano le variabili principali di correlazione con la mortalità per COVID-19⁴⁷.

Il Ministero della Salute in collaborazione con la struttura del Commissario Straordinario per l'emergenza COVID, AIFA, ISS e AGENAS ha elaborato un documento di aggiornamento delle categorie target e dell'ordine di priorità dal titolo "Le priorità per l'attuazione della seconda fase del Piano nazionale vaccini Covid19" in cui le comunità sono indicate come una priorità⁴⁸.

L'obiettivo del documento è quello di individuare, l'ordine di priorità delle categorie di cittadini da vaccinare dopo quelle della fase 1 (operatori sanitari e sociosanitari, personale ed ospiti dei presidi residenziali per anziani, anziani over 80 anni).

Categorie prioritarie in base all'età e alla presenza di condizioni patologiche:

- *Categoria 1. Elevata fragilità (persone estremamente vulnerabili; disabilità grave);*
- *Categoria 2: Persone di età compresa tra 70 e 79 anni;*
- *Categoria 3: Persone di età compresa tra i 60 e i 69 anni;*
- *Categoria 4: Persone con comorbidità di età <60 anni, senza quella connotazione di gravità riportata per le persone estremamente vulnerabili;*
- *Categoria 5: Resto della popolazione di età <60 anni. Sono inoltre considerate prioritarie le seguenti categorie, a prescindere dall'età e dalle condizioni patologiche, quali: personale docente e non docente, scolastico e universitario, Forze armate, di Polizia e del soccorso pubblico, servizi penitenziari e altre comunità residenziali.*

Tenendo conto delle priorità definite, delle indicazioni relative all' utilizzo dei vaccini disponibili e delle esigenze logistico-organizzative, potrà quindi procedere in parallelo:

- la vaccinazione dei soggetti over 80 e dei soggetti con elevata fragilità e ove previsto dalle specifiche indicazioni in tabella 1 e 2, dei familiari conviventi, *caregiver*, genitori/tutori/affidatari;
- il completamento della vaccinazione delle categorie ricomprese nella fase 1, promuovendo la vaccinazione nei soggetti che non hanno ancora aderito alla campagna e avendo cura di includere, nel personale sanitario e sociosanitario, tutti i soggetti che operano in presenza presso strutture sanitarie e sociosanitarie, utilizzando anche vaccini a vettore virale per chi non ha ancora iniziato il ciclo di vaccinazione;
- il completamento della vaccinazione del personale docente e non docente, scolastico e universitario, delle Forze armate, di Polizia e del soccorso pubblico, dei servizi penitenziari e altre comunità residenziali;
- la vaccinazione dei soggetti di età dai 70 ai 79 e, a seguire, quella dei soggetti di età dai 60 ai 69 anni.

Riguardo alle comunità per le dipendenze esse ricadono tra i setting e le categorie prioritarie, a prescindere dall'età e dalle condizioni patologiche⁴⁸:

Tabella 1: setting e le categorie prioritarie, a prescindere dall'età e dalle condizioni patologiche (Fonte Ministero Della Salute. DECRETO 12 marzo 2021. Approvazione del Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2

Categoria e Setting	Sottocategorie
Personale scolastico e universitario, docente e non docente	
Forze Armate, di Polizia e del soccorso pubblico	Forze Armate, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Capitaneria di Porto, Vigili del Fuoco, Polizia Locale, Protezione Civile.
Servizi penitenziari	Polizia penitenziaria, personale carcerario, detenuti.
Comunità residenziali	Socio-Sanitarie, civili, religiose, etc.

Le raccomandazioni su gruppi target a cui offrire la vaccinazione sono soggette a modifiche e verranno aggiornate in base all'evoluzione delle conoscenze e alle informazioni disponibili, in particolare relativamente a efficacia vaccinale e/o immunogenicità e sicurezza dei vaccini disponibili in diversi gruppi di età e fattori di rischio ed effetto del vaccino sull'acquisizione dell'infezione, sulla trasmissione e sulla protezione da forme gravi di malattia.

Riguardo alle altre vaccinazioni è indicato proporre a tutti gli operatori ed agli utenti la vaccinazione antinfluenzale^{49 50} che oltre alla salvaguardia della salute del singolo, ha il duplice scopo di proteggere i soggetti con cui il lavoratore può venire in contatto ed ai quali può trasmettere l'infezione, e di evitare l'interruzione di servizi essenziali per la collettività. Gli operatori sanitari, in particolare, rappresentano una categoria target per la vaccinazione antinfluenzale, ai fini della protezione del singolo, della riduzione della diffusione dell'influenza a gruppi vulnerabili di pazienti e del mantenimento dell'erogazione dei servizi sanitari durante le epidemie influenzali.

In considerazione della co-circolazione e della sovrapposizione sintomatologica tra virus influenzali e SARS-CoV-2 (febbre, tosse, mal di gola)⁵¹, al fine di facilitare la diagnosi differenziale nelle fasce d'età di maggiore rischio di malattia grave e nei soggetti ad alto rischio di tutte le età, ed evitare un sovraccarico dei servizi sanitari e degli ospedali associato all'infezione influenzale, si rende necessario ribadire l'importanza della vaccinazione antinfluenzale durante la stagione invernale^{49 52}.


Gli operatori sanitari, compresi gli operatori sanitari ospedalieri e quelli delle strutture di assistenza a lungo termine (ad esempio, case di cura, strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali, ecc.), sono considerati uno dei gruppi di massima priorità a cui somministrare il vaccino antinfluenzale durante la pandemia COVID-19 per ridurre al minimo: l'assenteismo dovuto all'influenza, la trasmissione dell'influenza a pazienti vulnerabili e l'impatto sul sistema sanitario in generale⁴⁹.

Inoltre, gli esercenti le professioni sanitarie e sociosanitarie che operano a contatto con i pazienti, e gli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza, sono obbligati a sottoporsi a vaccinazione gratuita per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2. La vaccinazione costituisce requisito per l'esercizio della professione e per lo svolgimento delle prestazioni lavorative rese dai soggetti obbligati⁵³.

Misure di prevenzione e comportamenti post vaccinazione anti SARS – CoV-2

Tutti i lavoratori, inclusi gli operatori sanitari, devono continuare a utilizzare rigorosamente i DPI, i dispositivi medici prescritti, l'igiene delle mani, il distanziamento fisico ed altre precauzioni secondo la valutazione del rischio, indipendentemente dallo stato di vaccinazione e aderire a eventuali programmi di screening.

Ormai è noto come i vaccini anti COVID-19 riducano significativamente la probabilità di sviluppare malattia clinicamente sintomatica. Nonostante ciò, la risposta immunitaria protettiva al vaccino può variare da individuo a individuo e al momento non è noto se i vaccini impediscano la trasmissione di SARS-CoV-2 attraverso infezioni asintomatiche. Quindi, seppur diminuito, non è possibile al momento escludere un rischio di contagio anche in coloro che sono stati vaccinati⁵⁴.



Questo è coerente con quanto ribadito dall'ECDC per il quale, al momento, non vi sono prove sufficienti dell'effetto della vaccinazione sull'infezione asintomatica, e quindi sulla possibilità di trasmissione del virus da parte di soggetti vaccinati. Pertanto, i lavoratori/operatori sanitari nonostante siano stati sottoposti a vaccinazione devono essere considerati potenzialmente in grado di infettarsi con SARS-CoV-2 e di trasmettere il virus ad altri.

In conclusione, ogni lavoratore, inclusi gli operatori sanitari, anche se dovesse aver completato il ciclo vaccinale, per proteggere sé stesso, gli eventuali pazienti assistiti, i colleghi nonché i contatti in ambito familiare e comunitario, dovrà continuare a mantenere le stesse misure di prevenzione e precauzione valide per i soggetti non vaccinati, ovvero osservare il distanziamento fisico (laddove possibile), indossare un'appropriata protezione respiratoria, igienizzarsi o lavarsi le mani secondo le procedure consolidate.

Formazione e addestramento del personale per la corretta adozione di prevenzione, protezione e precauzione di isolamento

Tutto il personale, compresi gli addetti alle pulizie, alla ristorazione (se prevista) ed allo smaltimento dei rifiuti, deve ricevere una formazione specifica sui principi di base della prevenzione e controllo delle ICA.

Inoltre, gli operatori che hanno contatto diretto con i soggetti che accedono alla struttura e gli addetti alle pulizie devono ricevere una formazione specifica su come prevenire la trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2.

In particolare, devono essere oggetto di programmi di formazione e addestramento del personale:

- Caratteristiche dell'infezione da SARS-CoV-2 e della malattia COVID-19, con particolare attenzione ai seguenti temi: caratteristiche del virus e sue modalità di trasmissione, epidemiologia, presentazione clinica, diagnosi, trattamento, procedure da seguire in presenza di un caso possibile/ probabile/confermato.
- Precauzioni standard per l'assistenza a tutti i residenti: igiene delle mani e respiratoria, utilizzo di dispositivi di protezione individuali (DPI) appropriati (mascherina chirurgica o protezione superiore in relazione alla valutazione del rischio), smaltimento sicuro dei rifiuti, pulizia e sanificazione ambientale e sterilizzazione delle attrezzature utilizzate per gli utenti.
- Precauzioni per la prevenzione di malattie trasmesse per contatto e *droplets* nell'assistenza di casi possibili o probabili/confermati di COVID-19: guanti, mascherina chirurgica o protezioni superiori.
- Utilizzo appropriato dei dispositivi medici e dei dispositivi di protezione individuali (DPI) (vedi sopra) secondo il tipo di procedura e in base alla valutazione del rischio, con particolare attenzione al cambio dei dispositivi nell'assistenza tra un utente e l'altro (in particolare dei guanti, seguita da adeguata igiene delle mani) e alla corretta esecuzione delle procedure di vestizione e svestizione⁵⁵.
- Comportamenti da attuare nei momenti di pausa e riunioni al fine di ridurre la eventuale trasmissione del virus.

La formazione e l'addestramento degli operatori dovrebbero basarsi su sessioni obbligatorie di breve durata (non più di 2-3 ore), che prevedano esercitazioni pratiche (ad esempio, sulle pratiche corrette per l'igiene delle mani e per la vestizione e svestizione dei dispositivi e DPI) e presentazione di video. Agli operatori dovrebbe essere raccomandato di seguire corsi online specifici su COVID-19. A tal proposito l'ISS ha reso disponibili corsi FAD utilizzando la piattaforma EDUISS e predisporrà un corso dedicato alle strutture dei servizi pubblici e del privato sociale accreditato delle tossicodipendenze.



Monitoraggio e documentazione dell'implementazione delle suddette indicazioni

È necessario monitorare la corretta implementazione delle misure di prevenzione presso la propria struttura.

In allegato 1 viene fornito una checklist semplificata di autovalutazione

Allegato 1: Check list di autovalutazione sulle principali misure organizzative per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2

Checklist		
Misure organizzative		
Preparazione della struttura		
Descrizione	Stato	Commenti
Predisporre dispenser di gel per l'igiene delle mani, all'ingresso della struttura, nelle aree dedicate alla visita e all'uscita dalla struttura.		
Identificare servizi igienici dedicati ad utilizzo esclusivo da parte dei visitatori.		
Predisporre appositi percorsi di visita per limitare il transito dei visitatori nelle aree comuni con percorsi di entrata e di uscita separati dove possibile.		
Allestire aree dedicate alle visite in locali appositamente adibiti, separate dalle aree comuni o, ove possibile, all'aperto.		
Affiggere nelle aree di transito e di visita infografiche e/o poster contenenti tutte le informazioni utili ai visitatori per una visita in sicurezza, ricordando i comportamenti da seguire durante la visita.		
Rafforzare gli strumenti alternativi alla visita in presenza.		
Identificare un referente per la prevenzione e controllo dell'infezione da SARS CoV-2.		
Realizzazione pre-Triage per accesso dell'utente agli studi/ambulatori (prima dell'accesso in struttura misurazione temperatura, modulistica/autocertificazione attestante esclusione condizioni ostative da far compilare e sottoscrivere all'utente).		
Identificare ambulatorio di isolamento per eventuale utente positivo.		
Predisporre registro ingressi utenti (da conservare almeno per 14 giorni).		
Preparare un protocollo per la prevenzione del COVID-19.		
Prevedere misure per i fornitori che entrano nella struttura (ad esempio misurazione della temperatura all'ingresso, registro dei nominativi dei fornitori al fine di tracciarne la provenienza ed intercettare il rischio di contagio).		
Predisporre momenti di formazione e informazione per tutto il personale sulle strategie più idonee per prevenire la trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 (igiene delle mani, distanziamento fisico, protezione delle vie aeree, adeguata pulizia e disinfezione ambientale).		

Bibliografia

- ¹ Maltese G, Corsonello A, Di Rosa M, et al. Frailty and COVID-19: A Systematic Scoping Review. *J Clin Med.* 2020;9(7):2106. Published 2020 Jul 4. doi:10.3390/jcm9072106.
- ² Maltese G, Corsonello A, Di Rosa M, et al. Frailty and COVID-19: A Systematic Scoping Review. *J Clin Med.* 2020;9(7):2106. Published 2020 Jul 4. doi:10.3390/jcm9072106.
- ³ Inter-Agency Standing Committee (IASC) “Interim guidance Public Health and social measures for covid-19 preparedness and response in low capacity and humanitarian settings” Version 1, May 2020
- ⁴ Yang LH, Wong LY, Grivel MM, Hasin DS. Stigma and substance use disorders: an international phenomenon. *Curr Opin Psychiatry.* 2017;30(5):378-388. doi:10.1097/YCO.0000000000000351
- ⁵ European Centre for Disease Prevention and Control. Transmission of COVID-19 - <http://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/transmission>
- ⁶ Istituto Superiore di Sanità. Nuovo coronavirus SARS CoV-2 Trasmissione, prevenzione e trattamento www.epicentro.iss.it/coronavirus/trasmissione-prevenzione-trattamento
- ⁷ World Health Organization. Mask use in the context of “COVID-19: Interim guidance 1 December 2020. No. World Health Organization (WHO/2019-nCoV/IPC_Masks/2020.5, 2020). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337199>
- ⁸ Jackson T, Deibert D, Wyatt G, et al. Classification of aerosol-generating procedures: a rapid systematic review *BMJ Open Respiratory Research* 2020;7:e000730. doi: 10.1136/bmjresp-2020-000730
- ⁹ Wang B, Li R, Lu Z, Huang Y. Does comorbidity increase the risk of patients with COVID-19: evidence from meta-analysis. *Aging (Albany NY).* 2020;12(7):6049-6057. doi:10.18632/aging.103000
- ¹⁰ Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze “Aggiornamento dell’EMCDDA sulle implicazioni della Covid-19 per le persone che fanno uso di droghe e gli erogatori dei servizi per le tossicodipendenze”. Aggiornamento 1 del 25/3/2020
- ¹¹ Orsolini L, Corkey JM, Chiappini S, Guirguis A, Vento A, De Berardis D, Papanti D, Schifano F. New/Designer Benzodiazepines’: An Analysis of the Literature and Psychonauts’ Trip Reports. *Current Neuropharmacology.* 2020; 18 (9): 809-837
- ¹² Marchei E, Pacifici R, Mannocchi G, Marinelli E, Busardò FP, Pichini S. New synthetic opioids in biological and non-biological matrices: A review of current analytical methods. *Trend Anal Chem* (2018) 102:1–15.
- ¹³ Palmer F, Jaffray M, Moffat MA, Matheson C, McLernon DJ, Coutts A, et al. Prevalence of common chronic respiratory diseases in drug misusers: a cohort study. *Prim Care Resp J* (2012) 21:377–83. doi: 10.4104/pcrj.2012.00069
- ¹⁴ Thylstrup B, Clausen T, Hesse M. Cardiovascular disease among people with drug use disorders. *Int J Public Health* (2015) 60:659–68. doi: 10.1007/s00038-015-0698-3
- ¹⁵ European Centre for Disease Prevention and Control “Guidance on the provision of support for medically and socially vulnerable populations in EU/EEA countries and the United Kingdom during the COVID-19 pandemic” 3 July 2020
- ¹⁶ Bhaskaran K, Rentsch CT, MacKenna B, et al. HIV infection and COVID-19 death: a population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. *Lancet HIV* 2020: S2352-3018
- ¹⁷ Boule A, Davies MA, et al. Risk factors for COVID-19 death in a population cohort study from the Western Cape Province, South Africa. *Clin Infect Dis.* 2020 Aug 29: Epub ahead of print.
- ¹⁸ Tesoriero JM, Swain CE, Pierce JL, et al. Elevated COVID-19 outcomes among persons living with diagnosed HIV infection in New York State: Results from a population-level match of HIV, COVID-19, and hospitalization databases. *medRxiv [Preprint].* 2020 Nov 6:2020

- ¹⁹ Geretti AM, Stockdale AJ, Kelly SH, et al. Outcomes of COVID-19 related hospitalization among people with HIV in the ISARIC WHO Clinical Characterization Protocol (UK): a prospective observational study. *Clin Infect Dis*. 2020 Oct 23: Epub ahead of print.)
- ²⁰ Volkow ND. Collision of the COVID-19 and Addiction Epidemics. *Ann Intern Med* (2020) 173:61–2. doi: 10.7326/M20-1212
- ²¹ Dubey, M. J., Ghosh, R., Chatterjee, S., Biswas, P., Chatterjee, S., & Dubey, S. (2020). COVID-19 and addiction. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*.
- ²² Ornell F., Schuch J.B., Sordi A.O., Kessler F.H.P. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Rev. Bras. Psiquiatr.* (Sao Paulo, Brazil: 1999) 2020 In press.
- ²³ Serafini K., Toohey M.J., Kiluk B.D., Carroll K.M. Anger and its association with substance use treatment outcomes in a sample of adolescents. *J. Child Adolesc. Subst. Abuse*. 2016;25(5):391–398.
- ²⁴ Sinha R., Fox H.C., Hong K.A., Bergquist K., Bhagwagar Z., Siedlarz K.M. Enhanced negative emotion and alcohol craving, and altered physiological responses following stress and cue exposure in alcohol dependent individuals. *Neuropsychopharmacology*. 2009;34(5):1198–1208.
- ²⁵ Ministero della Salute. Circolare n. 000705 del 08/01/202. Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing
- ²⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings – Sixth update. 9 February 2021. ECDC: Stockholm; 2021
- ²⁷ Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FederSerD) "Indicazioni operative per i Servizi delle Dipendenze alla luce della pandemia COVID-19 (aggiornamento aprile 2020)"
- ²⁸ Decreto del Ministero della Salute del 16 novembre 2007 (Gazzetta Ufficiale serie generale n.278 del 29 novembre 2007)
- ²⁹ Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19. Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 13 luglio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 19/2020 Rev.).
- ³⁰ Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni COVID-19. Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 Rev. 2).
- ³¹ Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19. Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)
- ³² Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor. Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/ 2020 Rev. 2).
- ³³ Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti. Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2).
- ³⁴ Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali. Versione del 24 agosto 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev. 2)
- ³⁵ Grassly NC, Pons-Salort M, Parker EPK, White PJ, Ferguson NM, Imperial College C-RT. Comparison of molecular testing strategies for COVID-19 control: a mathematical modelling study. *Lancet Infect Dis*. 2020 Aug 18
- ³⁶ European Centre for Disease Prevention and Control. Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK. 19 November 2020. ECDC: Stockholm; 2020

- ³⁷ Ministero Della Salute. Circolare n. 0005616 del 15/02/2021 Aggiornamento sull'uso dei test antigenici e molecolari per la rilevazione di SARS-CoV-2.
- ³⁸ Ministero della salute. Circolare n. 0003787 del 31/01/2021. Aggiornamento sulla diffusione a livello globale delle nuove varianti SARS-CoV-2, valutazione del rischio e misure di controllo
- ³⁹ Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020 Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni 2020, ii, 17 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev.2
- ⁴⁰ Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19. Versione del 24 luglio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020 Rev.)
- ⁴¹ Istituto Superiore di Sanità. Infografiche. <https://www.iss.it/infografiche>
- ⁴² European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 testing strategies and objectives. 15 September 2020. ECDC: Stockholm; 2020.
- ⁴³ Ministero della Salute Circolare, n. 0018584 del 29/05/2020. Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni.
- ⁴⁴ Ministero Della Salute. Circolare. n. 0032850 del 12/10/2020 COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena
- ⁴⁵ European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations on the use of self-tests for COVID-19 in the EU/EEA –17 March 2021. ECDC: Stockholm; 2021
- ⁴⁶ Ministero Della Salute. "Piano nazionale prevenzione vaccinale (PNPV) 2017-2019." Rome: Ministero della Salute (2017).
- ⁴⁷ Ministero Della Salute. "Piano strategico per la vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19" (Decreto 2 gennaio 2021)
- ⁴⁸ Ministero Della Salute. DECRETO 12 marzo 2021 Approvazione del Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 costituito dal documento recante «Elementi di preparazione della strategia vaccinale», di cui al decreto 2 gennaio 2021 nonché dal documento recante «Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19» del 10 marzo 2021
- ⁴⁹ Ministero Della Salute. Circolare n. 14614 del 8/4/2021 Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2021-2022
- ⁵⁰ Organizzazione Mondiale della Sanità - SAGE Seasonal Influenza Vaccination Recommendations during the COVID-19 Pandemic Interim guidance 21 September 2020
https://www.who.int/immunization/policy/position_papers/Interim_SAGE_influenza_vaccination_recommendations.pdf?ua=1)
- ⁵¹ Guan W-J, Ni Z-Y, Hu Y, et al; China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020;382(18): 1708–1720
- ⁵² Paget, John, et al. "The impact of influenza vaccination on the COVID-19 pandemic? Evidence and lessons for public health policies." Vaccine 38.42 (2020): 6485.
- ⁵³ Decreto-legge 1 aprile 2021, n. 44. Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da COVID-19, in materia di vaccinazioni anti SARS-CoV-2, di giustizia e di concorsi pubblici. (GU n.79 del 1-4-2021)
- ⁵⁴ European Centre for Disease Prevention and Control. Risk of SARS-CoV-2 transmission from newly-infected individuals with documented previous infection or vaccination. 29 March 2021. ECDC: Stockholm, 2021
- ⁵⁵ ISS-INML COVID-19: Vestizione e svestizione con dispositivi di protezione individuale, visibile su https://www.youtube.com/watch?v=d76e_3diYAE&feature=emb_title