

# Le Residenze sanitarie assistenziali.

Definizione, caratteristiche e misure di  
prevenzione e contrasto dell'epidemia da  
Covid-19 negli indirizzi nazionali e  
regionali



testi <sup>A</sup> fronte



# Le Residenze sanitarie assistenziali. Definizione, caratteristiche e misure di prevenzione e contrasto dell'epidemia da Covid-19 negli indirizzi nazionali e regionali

A cura di: Marco Betti, Gennaro Evangelista e Barbara Giachi

Il gruppo di lavoro Federsanità – ANCI Toscana che ha lavorato alle attività di ricerca, redazione e revisione del testo è composto da: Marco Betti, Michelangelo Caiolfa, Caterina Campani, Luca Caterino, Andrea De Conno, Gennaro Evangelista, Barbara Giachi, Chiara Mannucci, Marzio Mori, Simone Naldoni, Selma Rodrigues, Federica Santillo, Mauro Soli, Eleonora Valeri.

ISBN 9788894269581

Titolo: Le Residenze sanitarie assistenziali. Definizione, caratteristiche e misure di prevenzione e contrasto dell'epidemia da Covid-19 negli indirizzi nazionali e regionali

Editore: Federsanità Anci Federazione Toscana

Collana Testi a Fronte n. 2/2020

Immagine di copertina di Freepik

MAGGIO 2020

Collana: *testi A fronte* – N. 2/2020

testi <sup>A</sup> fronte



Quest'opera è soggetta alla licenza Creative Commons ["Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate CC BY-NC-ND"]

# INDICE

<b>NOTE DI CONTENUTO .....</b>	<b>5</b>
<b>1. Lo scenario e le linee di indirizzo nazionali .....</b>	<b>7</b>
1.1 L'emergenza COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani in Italia .....	7
1.2 Indicazioni nazionali per le strutture residenziali sociosanitarie .....	8
1.3 Riferimenti normativi .....	9
<b>2. Le Residenze Sanitarie Assistenziali RSA .....</b>	<b>10</b>
2.1 Le prestazioni residenziali .....	10
2.2 I livelli assistenziali erogati.....	11
2.3 Accesso .....	11
2.4 La retta.....	11
2.5 Il personale .....	12
2.6 Riferimenti normativi .....	13
<b>3. L'organizzazione dell'offerta .....</b>	<b>16</b>
3.1 Autorizzazione .....	16
3.2 Accredimento.....	16
3.3 Accordo.....	17
3.4 Riferimenti normativi .....	17
<b>4. Le misure regionali.....</b>	<b>19</b>
4.1 Strategie regionali di risposta .....	20
4.2 Tabella analitica regionale .....	23
4.3 Riferimenti normativi .....	24
<b>Glossario .....</b>	<b>33</b>

## PRESENTAZIONE

Da alcuni anni il sistema sanitario e sociosanitario italiano si era orientato principalmente per affrontare quella che sembrava la sfida prevalente: la presa in carico delle persone affette da patologie croniche. La progressiva e costante diminuzione dei posti letto in ospedale e la conversione degli stessi in strutture dedicate all'emergenza e alle acuzie non rispondeva soltanto ad esigenze di tenuta dei conti pubblici, da ottenere peraltro con misure che hanno messo sotto stress il sistema dei servizi in modo eccessivo, soprattutto per quanto riguarda il blocco delle assunzioni e gli investimenti, ma aveva anche delle basi epidemiologiche e demografiche; il necessario rifinanziamento del fondo sanitario non avrebbe cambiato l'orientamento generale del sistema.

Questo insieme di certezze è stato fortemente messo in discussione se non del tutto travolto dalla Pandemia Covid-19. Due dei pilastri assistenziali del modello, gli ospedali per acuti e le specialistiche e le residenze per gli anziani non autosufficienti, hanno dovuto affrontare una crisi impreveduta. Improvvisamente ci siamo trovati a corto di posti letto in ospedale, non solo di terapia intensiva, ma anche ordinari, dovendo organizzare gli spazi e l'assistenza in modo da separare bene i pazienti affetti dal virus dai restanti reparti di degenza, altrettanto improvvisamente ci siamo trovati di fronte alla difficoltà di contrastare efficacemente e prontamente il diffondersi del virus nelle strutture residenziali per anziani, strutturalmente meno modificabili sia dal punto di vista degli spazi che organizzativo.

Le residenze per anziani rappresentano una offerta di servizio relativamente recente e che è diventata sempre più rilevante a causa dei profondi cambiamenti sociali in atto ormai da diversi anni con un progressivo allentamento della capacità della risposta familiare, nonostante l'assistenza domiciliare rappresenti sempre la prima opzione da prendere in considerazione. In Italia esistono molte strutture residenziali per anziani al punto che non è possibile racchiuderle tutte nel modello RSA per la loro forte differenziazione in termini di organizzazione di spazi, setting assistenziali, target di persone potenzialmente coinvolte, tipo di gestione, che va dal privato puro all'interamente pubblico, passando da molte altre forme.

Purtroppo, sono state proprio le residenze per anziani ad essere più colpite; vi si è registrato infatti un numero elevatissimo di contagi e di decessi; in alcune strutture il virus si è diffuso fino ad infettare quasi tutti i ricoverati e moltissimo del personale impegnato nell'assistenza, il che interroga fortemente sul modello, o forse sarebbe meglio dire sui modelli di residenzialità per le non autosufficienze così come li abbiamo conosciuti nel corso degli ultimi anni e sulla loro capacità di adattarsi in fretta al mutare del contesto sanitario, come invece sia pure con difficoltà è stato fatto nelle strutture ospedaliere.

Ci siamo interrogati quindi sulla necessità di riflettere su quanto accaduto partendo dalla conoscenza dei modelli e dei sistemi consolidatisi negli anni al fine di contribuire al dibattito in corso. Appare necessario che mentre le inchieste giornalistiche e giudiziarie accertino se ci sono responsabilità politiche o legali, la comunità scientifica, professionale e istituzionale ragioni su quanto è successo non sulla scorta della polemica contingente o puntuale ma in modo sistemico e organizzativo, per offrire al decisore soluzioni efficaci. Questo contributo, certamente non esaustivo prova ad andare in questa direzione.

**MariaLetizia Casani**

Direttore Generale Ausl Toscana Nord Ovest  
Presidente Federsanità ANCI Toscana

## NOTE DI CONTENUTO

Lo scenario epidemiologico delineato a livello italiano ed europeo sulla diffusione del COVID-19 mette in primo piano la fragilità e i rischi della fascia di popolazione rappresentata da persone anziane e affette da gravi patologie neurologiche, croniche e fortemente invalidanti", residenti presso le strutture sociosanitarie.

Lo studio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nell'aprile del 2020 in circa mille Residenze Sanitarie Assistenziali (da qui in avanti RSA) italiane riporta che dal 1° febbraio al 14 aprile ci sono state in totale 6.773 persone decedute: di queste 364 erano risultate positive al tampone e 2.360 avevano presentato sintomi simil-influenzali. In sintesi, il 40,2% del totale dei decessi ha interessato gli ospiti con riscontro di infezione da SARS-CoV-2 o con manifestazioni simil-influenzali.

Questa allarmante situazione di emergenza sanitaria ha reso necessaria una riflessione sulle strategie intraprese a livello nazionale e regionale per la prevenzione e il controllo dell'epidemia nelle RSA, ovvero i contesti maggiormente esposti al rischio di infezione da coronavirus, poiché gli anziani ospiti, oltre ad avere i fattori di rischio sopra riportati, sono generalmente più vulnerabili alle infezioni rispetto alla popolazione generale.

Nell'ambito della normativa nazionale emanata durante l'emergenza COVID-19 in materia di RSA, il primo cenno riguardo alla necessità di limitare l'accesso dei visitatori agli ospiti si trova nell'Ordinanza Contingibile e Urgente del 23 febbraio 2020, a firma del Ministro della Salute Speranza e dei Presidenti delle Regioni, alla quale sono seguiti altri indirizzi e raccomandazioni che hanno comunque lasciato alle Regioni autonomia attuativa.

Si è quindi aperta una fase che ha lasciato spazio per scegliere se adottare o meno specifiche misure anti COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani. Le diverse scelte e strategie regionali adottate costituiscono l'oggetto di attenzione dell'analisi di seguito riportata.

Lo scopo di questo documento è quello di mappare le azioni intraprese a livello regionale in risposta all'emergenza COVID-19 nella RSA, offrendo un quadro di sintesi degli strumenti normativi e delle scelte operative e organizzative.

Il testo è organizzato in quattro capitoli, articolati secondo il percorso di analisi:

- 1) lo studio sul contagio COVID-19 nelle RSA realizzato dall'Istituto superiore di sanità (ISS), le "indicazioni per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie" fornite a livello nazionale dal gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni;
- 2) la descrizione delle RSA secondo i livelli assistenziali e organizzativi erogati;
- 3) la definizione del sistema di organizzazione dell'offerta pubblica di assistenza erogata dalle strutture pubbliche e private che operano in ambito sanitario e sociosanitario;
- 4) l'individuazione di strategie di risposta in RSA, caratterizzate da ambiti di applicazione delle linee di indirizzo dell'ISS che riguardano:
  - le indicazioni generali per la gestione dell'emergenza COVID-19;
  - la presenza di misure di contenimento dell'infezione per ospiti e personale;
  - l'attivazione di un sistema di rete territoriale;
  - l'adozione di un sistema di monitoraggio.

La ricognizione è il risultato di una "indagine quasi in presa diretta" intrapresa per analizzare in tempi rapidi le misure adottate per rispondere tempestivamente ad un'emergenza i cui effetti hanno visto una crescita esponenziale. La raccolta dei dati si è svolta durante il mese di maggio 2020 ed ha utilizzato come fonti informative gli atti normativi (quali ordinanze, decreti, protocolli operativi, circolari, ecc.) e le notizie istituzionali. La scelta di utilizzare come fonti i siti web dei soggetti istituzionali (Regioni, Ministeri, ISS, ecc.) è stata presa assumendo il rischio potenziale di non rilevare tutte le disposizioni presenti all'interno di documenti non facilmente e immediatamente reperibili on-line<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Le fonti utilizzate presentano necessariamente alcuni rischi di "incompletezza", tanto nella selezione quanto nell'interpretazione dei documenti. Inoltre, è molto probabile che specifiche azioni di regolazione siano state messe in campo dalle singole aziende sanitarie e che quindi non siano state intercettate. A tal proposito, l'allegato consente al lettore di individuare e approfondire i materiali utilizzati.



## 1. Lo scenario e le linee di indirizzo nazionali

In Italia la principale fonte di rilevazione dei dati sulla diffusione e sulla mortalità collegata al COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani è la survey realizzata a partire dal 24 marzo 2020 dall'ISS, in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale.

L'obiettivo della survey è stato duplice:

- monitorare l'epidemia;
- adottare strategie di rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA).

Per far fronte alla situazione di emergenza rilevata dall'analisi sono state date dal Ministero e, in maniera più specifica, dall'ISS indicazioni di tipo organizzativo e strategico, lasciando alle Regioni la scelta delle modalità attuative.

### 1.1 L'emergenza COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani in Italia

La survey è stata realizzata attraverso un questionario inviato a 3.420 RSA presenti in tutte le Regioni italiane e nelle due Province Autonome, incluse nel sito dell'Osservatorio Demenze dell'ISS e presenti nei siti delle Regioni.

Come è stato notato<sup>2</sup>, il termine RSA è stato utilizzato in modo improprio, dal momento in cui il contesto di analisi ha coinvolto la più ampia categoria di «strutture residenziali per anziani», tra cui RSA, residenze protette, case di riposo, centri servizi, ecc.

Da qui è emersa una prima riflessione sulla necessità di circoscrivere e dettagliare la tipologia di struttura RSA secondo standard assistenziali e organizzativi, che è stata oggetto di approfondimento nell'ambito del capitolo successivo.

Alla survey hanno risposto 1.082 strutture, pari al 33% di quelle contattate. Nonostante il basso livello di rappresentatività statistica, i dati che emergono sono importanti perché rappresentano la prima misurazione del tasso di mortalità registrato presso RSA, che ha rafforzato il segnale di allarme sanitario.

L'analisi dei decessi avvenuti nel periodo compreso tra il 1° febbraio e il 14 aprile, considerando qualunque causa di morte, riporta che su dieci ospiti deceduti, quattro erano risultati positivi al tampone o avevano presentato sintomi simil-influenzali.

Il fenomeno interessa tuttavia in modo eterogeneo le diverse Regioni, considerando che il numero di decessi registrati in Lombardia copre da solo il 45% dei decessi nazionali, in Veneto il 16,1% e in Piemonte il 10,1%. La rilevazione, infatti, risente della localizzazione territoriali delle RSA che hanno risposto. La maggior parte dei 1.082 questionari compilati provengono infatti da Lombardia, Toscana, Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna.

La survey affronta anche un altro aspetto di grande interesse, che riguarda le criticità riscontrate a livello organizzativo, a cominciare dalla mancanza dei dispositivi di sicurezza.

Delle 1.018 strutture che hanno risposto alla domanda sulle principali difficoltà affrontate nel corso dell'epidemia di coronavirus, 842 (82,7%) hanno riportato la mancanza di dispositivi di protezione individuale, mentre 203 (19,9%) la scarsità di informazioni ricevute circa le procedure da adottare per contenere l'infezione.

In accordo al DPCM del 08/03/2020, tutte le strutture hanno vietato agli ospiti le visite di familiari o di badanti. Pochissime sono state le eccezioni al divieto di visita, che hanno riguardato principalmente casi di grave peggioramento delle condizioni di salute del residente o lo status di malato in fase terminale.

Un altro aspetto da tenere in considerazione riguarda la possibilità della struttura di isolare i residenti qualora sia confermata o sospetta l'infezione da COVID-19. Solo poco meno della metà delle strutture (512 RSA pari al 47,5% delle strutture che hanno risposto alla domanda) hanno dichiarato di poter disporre di una stanza singola per i residenti con infezione confermata o sospetta. Il 31% delle strutture (337) hanno avuto la possibilità di isolare raggruppando i pazienti. Poche strutture hanno potuto isolare i pazienti in una struttura dedicata. Il 6,9% delle strutture ha invece adottato una forma di isolamento differente dalle opzioni specificate, ma per il 3,9% di questi, si è trattato di combinazioni delle modalità indicate. Circa l'8%, ovvero 91 strutture, non hanno avuto la possibilità di isolare i pazienti.

---

<sup>2</sup> F. Pesaresi "La mortalità per COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani", Network Non Autosufficienza, Anno 2020  
<https://www.ediesseonline.it/wp-content/uploads/2020/05/La-mortalit%C3%A0-per-Covid-19-nelle-strutture-residenziali-per-anziani-Pesaresi.pdf>

## 1.2 Indicazioni nazionali per le strutture residenziali socio-sanitarie

A livello nazionale le prime disposizioni che riguardano le strutture residenziali per anziani sono presenti nel DPCM dell'8 marzo 2020, a cui faranno poi seguito altri indirizzi e norme contenuti in tre circolari e, per ultimo, in un decreto ministeriale del 30 aprile 2020. Secondo l'ultima analisi condotta da Franco Pesaresi<sup>3</sup>, i principali ambiti toccati dalla normativa riguardano:

- accesso dei parenti limitato a quelli autorizzato dalle direzioni sanitarie<sup>4</sup>;
- potenziamento e formazione del personale delle RSA; percorsi formativi e di prevenzione specifica per tutto il personale delle RSA; tamponi e dispositivi di protezione individuale (DPI); stretto monitoraggio degli assistiti; strutture dedicate per pazienti COVID-19<sup>5</sup>;
- priorità per i tamponi diagnostici per gli ospiti e gli operatori delle strutture residenziali per anziani<sup>6</sup>;
- indicazioni di dettaglio per ridurre i rischi di contagio e per gestire gli anziani con COVID-19<sup>7</sup>;
- definizione degli indicatori (opzionali per le strutture residenziali) per il monitoraggio dell'epidemia<sup>8</sup>

Parallelamente alla normativa ministeriale, il Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni ha redatto un documento contenente le "Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie"<sup>9</sup>, che riguardano principalmente la prevenzione e la preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19.

Le misure prevedono da un lato un rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA), inclusa una adeguata formazione degli operatori; dall'altro, una robusta organizzazione della struttura per prevenire l'ingresso di casi di COVID-19, e per gestire eventuali sospetti/probabili/confermati che si dovessero verificare tra i residenti.

L'attenzione è posta sulla necessità di una costante sorveglianza attiva tra i residenti e gli operatori per l'identificazione precoce di casi, poiché le strutture devono essere in grado di effettuare un isolamento temporaneo dei sospetti e, in caso di impossibilità di un efficace isolamento per la gestione clinica del caso confermato, effettuare il trasferimento in ambiente ospedaliero o in altra struttura adeguata all'isolamento per una ulteriore valutazione clinica e le cure necessarie, come ad esempio in una struttura per pazienti COVID-19.

Quest'ultima indicazione apre di fatto un nuovo scenario assistenziale, in cui realizzare strutture residenziali dedicate a pazienti affetti da coronavirus.

Di seguito si riportano, in sintesi, gli ambiti di azione delineati dal documento, rimandando al rapporto la lettura degli specifici protocolli operativi:

- misure generali e specifiche a livello della struttura residenziale socio-sanitaria;
- rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza;
- formazione e addestramento del personale per la corretta adozione delle misure di prevenzione, protezione e precauzioni di isolamento;
- misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19 in struttura residenziale socio-sanitaria;
- sorveglianza attiva e identificazione precoce di casi sospetti di COVID-19 tra i residenti e gli operatori;
- preparazione della struttura e gestione dei casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19;
- gestione clinica del caso confermato COVID-19;
- riduzione delle occasioni di contatto dei residenti con casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19;
- sensibilizzazione e formazione dei residenti e dei visitatori eccezionalmente autorizzati.

<sup>3</sup> F. Pesaresi "COVID-19. Le norme nazionali per le strutture residenziali per anziani", <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2020/05/covid-19-le-norme-nazionali-per-le-strutture-residenziali-per-anziani/>

<sup>4</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/08/20A01522/sg>

<sup>5</sup> <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73751&parte=1%20&serie=null>

<sup>6</sup> <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73799&parte=1%20&serie=null>

<sup>7</sup> <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73875&parte=1%20&serie=null>

<sup>8</sup> <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73981&parte=1%20&serie=null>

<sup>9</sup> Istituto Superiore di sanità "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie" 17 aprile 2020 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rappporto-covid-19-4-2020.pdf>



Ulteriori indicazioni per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 nelle strutture residenziali sociosanitarie sono fornite dal documento "Coronavirus: prevenzione e gestione nelle residenze sociosanitarie per anziani"<sup>10</sup> approvato dall'AIP Associazione Italiana di Psicogeriatrics, AGE Associazione Geriatri Extraospedalieri, SIGG Società Italiana di Gerontologia e Geriatrics, SIGOT Società Italiana di Geriatrics Ospedale e Territorio, che esplicita le modalità attuative di quanto previsto nel citato Rapporto ISS.

### 1.3 Riferimenti normativi

Questa parte raccoglie i principali riferimenti normativi, distinguendo tra riferimenti ministeriali e riferimenti in ambito sanitario. Quando ai primi:

- DPCM 8 marzo 2020 (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.)<sup>11</sup>;
- Circolare del Ministero della Salute n.11715 del 25/03/2020 (Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19)<sup>12</sup>;
- Circolare del Ministero della Salute n.7865 del 03/04/2020 (Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio)<sup>13</sup>;
- Circolare del Ministero della Salute n.13468 del 18/04/2020 (Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie)<sup>14</sup>;
- DM 30 aprile 2020 (Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 aprile 2020)<sup>15</sup>.

I principali riferimenti in ambito sanitario:

- 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 sociosanitarie"<sup>16</sup> - ultimo aggiornamento 14 aprile 2020
- SIGG Società Italiana di Gerontologia e Geriatrics, SIGOT Società Italiana di Geriatrics Ospedale e Territorio "Coronavirus: prevenzione e gestione nelle residenze sociosanitarie per anziani, aggiornato al 23 marzo 2020"<sup>17</sup>

<sup>10</sup> [https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2020/03/Covid\\_19\\_DOCUMENTO-Residenze-anziani-aggiornato-23-marzo-2020.pdf](https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2020/03/Covid_19_DOCUMENTO-Residenze-anziani-aggiornato-23-marzo-2020.pdf)

<sup>11</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/08/20A01522/sg>

<sup>12</sup> <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73751&parte=1%20&serie=null>

<sup>13</sup> <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73799&parte=1%20&serie=null>

<sup>14</sup> <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73875&parte=1%20&serie=null>

<sup>15</sup> <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73981&parte=1%20&serie=null>

<sup>16</sup> Istituto Superiore di sanità "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie" 17 aprile 2020 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-4-2020.pdf>

<sup>17</sup> [https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2020/03/Covid\\_19\\_DOCUMENTO-Residenze-anziani-aggiornato-23-marzo-2020.pdf](https://www.sigg.it/wp-content/uploads/2020/03/Covid_19_DOCUMENTO-Residenze-anziani-aggiornato-23-marzo-2020.pdf)

## 2. Le Residenze Sanitarie Assistenziali RSA

In Italia il sistema di offerta di prestazioni di assistenza residenziale presso strutture sociosanitarie è ricco e differenziato; ciò ha reso opportuno delimitare l'ambito di analisi perché spesso il riferimento alla struttura viene fatto in modo non appropriato.

Il riferimento alla "struttura residenziale sociosanitaria" spesso è generico perché comprende un insieme di più tipologie di strutture di accoglienza per persone fragili o non autosufficienti, di cui le RSA ne fanno parte insieme ad altre strutture a carattere sia di tipo sanitario (come ad esempio le strutture residenziali extraospedaliere per trattamenti residenziali intensivi di cura e mantenimento funzionale, le Residenze Sanitarie per Disabili, per lungodegenze e per riabilitazioni) e sia di tipo sociale. Spesso, infatti, si parla di RSA anche in relazione a strutture di carattere strettamente socioassistenziale, come gli ospizi, dove non sono previsti *setting* di assistenza sanitaria.

Ogni regione ha così adottato una definizione diversa di RSA<sup>18</sup>, contribuendo a delineare una classificazione delle strutture in modo eterogeneo, anche in ragione della doppia funzione assistenziale che rende le RSA oggetto di normativa sia sanitaria che sociosanitaria.

Nella rete dell'offerta sociosanitaria, la coesistenza delle due componenti di assistenza, una sanitaria a rilevanza sociale e una sociale a rilevanza sanitaria (come specificato nel D.lgs. 229/1999<sup>19</sup>, art. 3-septies), rendono le RSA una risorsa importante del sistema integrato, che non viene però riconosciuta con una denominazione univoca, né a livello sanitario, né a livello sociale.

In ambito sanitario, Il DPR 14 gennaio 1997<sup>20</sup> ha definito le RSA come "presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti di patologie, fisiche, psichiche, sensoriali o miste, non curabili a domicilio, un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa, accompagnata da un livello «alto» di assistenza tutelare ed alberghiera, modulate in base al modello assistenziale adottato dalle Regioni e Province autonome".

In ambito sociale, invece, "il nomenclatore degli interventi e dei servizi"<sup>21</sup> elaborato dal Centro interregionale per i sistemi informativi geografici e statistici (CISIS) le definisce come "presidi Comunitari ad integrazione socio-sanitaria, a bassa, media o alta intensità".

### 2.1 Le prestazioni residenziali

Prendendo a riferimento la definizione del Ministero della Salute<sup>22</sup> le RSA sono le strutture presso le quali vengono erogate prestazioni residenziali e semiresidenziali che "il complesso integrato di prestazioni sociosanitarie erogate a persone non autosufficienti, non assistibili a domicilio, all'interno di nuclei accreditati per la specifica funzione".

La prestazione non è quindi un singolo atto assistenziale, ma un "complesso integrato di interventi, funzioni e attività di carattere sanitario e alberghiero erogati durante l'intera giornata a persone non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche". Si tratta, quindi, di prestazioni distinte dalle quelle di "terapia post-acuzie" (riabilitazione e lungodegenza) svolte di norma in regime ospedaliero o in strutture extra-ospedaliere specializzate per la riabilitazione, la cui peculiarità non risiede nella diversa intensità di assistenza, ma nella sua continuità e complessità.

Inoltre, va precisato che la prestazione "residenziale" e quella "ospedaliera" possono presentare in alcuni casi lo stesso grado di assistenza. Nella struttura residenziale possono infatti essere ospitate persone in condizioni di cronicità tale da richiedere significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, che possono comportare anche il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il livello assistenziale globale necessario può risultare addirittura superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie.

Centrale è infine il ruolo svolto dalle RSA nell'ambito dei percorsi di dimissione ospedaliera protetti, perché garantisce continuità di cura alla persona non autosufficiente che non può assistita a domicilio.

Sul versante sociale, il carattere della prestazione erogata risponde alle esigenze di assistenza tutelare ed alberghiera offrendo una sistemazione residenziale con un'impronta il più possibile domestica, organizzata in modo da rispettare il bisogno individuale di riservatezza e di privacy e stimolando al tempo stesso la socializzazione tra gli ospiti.

<sup>18</sup> F. Pesaresi, S. Simoncelli "Analisi delle RSA in Italia: mandato e classificazione "Tendenze nuove - 2/2008 nuova serie [https://www.academia.edu/36248468/Mandato\\_classificazione\\_ed\\_utenza\\_delle\\_RSA\\_residenze\\_sanitarie\\_assistenziali](https://www.academia.edu/36248468/Mandato_classificazione_ed_utenza_delle_RSA_residenze_sanitarie_assistenziali)

<sup>19</sup> <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/99229dl.htm>

<sup>20</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_1163\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1163_allegato.pdf)

<sup>21</sup> <https://www.cisis.it/nomenclatore/nomenclatore13.pdf>

<sup>22</sup> Ministero della Salute Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_646\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_646_allegato.pdf)

## 2.2 I livelli assistenziali erogati

Nella struttura RSA, come già anticipato, viene erogato un insieme organico di prestazioni che richiedono caratteristiche tecnico-organizzative e professionali specifiche, spesso articolate in nuclei specializzati all'interno della stessa.

Per classificare in modo omogeneo i diversi setting assistenziali erogati sono stati utilizzati i criteri di rilevazione indicati dal Ministero della salute nel "Flusso Informativo Assistenza Residenziale per anziani" (FAR), aggiornati al maggio del 2018, dove le prestazioni residenziali vengono raggruppate nelle tipologie di seguito elencate:

- trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali intensive a persone non autosufficienti ad alto grado di intensità assistenziale, essenziale per il supporto alle funzioni vitali ed in particolare: ventilazione meccanica, ossigenoterapia continua, nutrizione enterale o parenterale protratta, trattamenti specialistici ad alto impegno (riferiti a persone in condizione di stato vegetativo o coma prolungato, persone con gravi insufficienze respiratorie, persone terminali etc.);
- trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione entrale, lesioni da decubito profonde, ecc.);
- trattamenti erogati a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnesico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'affettività (Nuclei Alzheimer);
- trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali di lungo assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria (Unità d'offerta Residenziali di Mantenimento).

Le prime tre tipologie di prestazioni individuate, sono riferibili all'erogazione di "cure intensive o estensive" ad elevata integrazione sanitaria, mentre le prestazioni individuate all'ultimo punto sono convenzionalmente riferibili ad "assistenza e terapie di mantenimento", classificabili come prestazioni sanitarie a valenza sociale.

Anche il nomenclatore sociale elaborato dal CISIS classifica le RSA in base all'intensità sanitaria, distinguendo tre tipologie:

- *presidio Comunitario ad integrazione sociosanitaria (bassa intensità)*: Strutture che erogano prestazioni di lungo-assistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti, o di tipo socioriabilitativo per persone disabili o con dipendenze patologiche;
- *presidio Comunitario ad integrazione sociosanitaria (media intensità)*: Strutture che erogano prestazioni in nuclei specializzati a persone non autosufficienti (cure mediche e infermieristiche quotidiane e trattamenti di recupero funzionale), a persone disabili gravi e a persone con problematiche croniche con media necessità di tutela sanitaria (comprende anche Nuclei Alzheimer);
- *presidio Comunitario ad integrazione sociosanitaria (alta intensità)*: Strutture che erogano prestazioni in nuclei specializzati a persone non autosufficienti richiedenti trattamenti Intensivi, essenziali per il supporto alle funzioni vitali; a persone con disabilità (inclusi i soggetti a responsabilità minimale) che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva; a persone che necessitano di prestazioni terapeutiche riabilitative.

## 2.3 Accesso

L'accesso alle prestazioni residenziali a carico del SSN deve intendersi regolato dai principi generali di universalità, equità ed appropriatezza. La persona per la quale è individuata la condizione di non autosufficienza e non assistibile a domicilio avrà quindi diritto di scegliere il luogo di cura nell'ambito delle diverse opzioni offerte dalle strutture accreditate con il SSN.

Poiché il sistema prevede diversi livelli di intensità di cura, il diritto di accesso alle stesse dovrà essere subordinato alla verifica della effettiva appropriatezza, stabilita sulla base di criteri oggettivi di valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni dell'utente.

I percorsi che portano alle prestazioni residenziali possono accogliere persone che provengono dall'ospedale per acuti, da una struttura di post-acuzie o dal domicilio.

Peraltro, la prestazione residenziale non deve essere intesa come una soluzione finale del percorso di cura, ma piuttosto come un nodo dinamico di una rete assistenziale che deve prevedere la dimissibilità a domicilio in tutte le situazioni in cui le condizioni lo permettano. Analogamente andranno considerate come appropriate e, per quanto possibile, garantite le soluzioni di ricovero temporaneo, anche per sollievo del nucleo familiare. Modalità di accesso in linea con questi indirizzi sono del resto ampiamente utilizzate dalle diverse Regioni.

## 2.4 La retta

Il carattere sociosanitario dell'assistenza erogata presso le RSA comporta che la tariffa del soggiorno, definita su base giornaliera, si componga di due parti: una sanitaria e una sociale e alberghiera, ovvero:

- la quota sanitaria, generalmente il 50% del totale, è a carico del Sistema sanitario regionale ed erogata tramite le Asl di appartenenza. L'importo della quota varia in relazione alla complessità assistenziale;
- la quota sociale o alberghiera, l'altro 50%, è invece a carico dell'utente, che può chiedere al Comune di partecipare al pagamento per un importo eventualmente definito in base al valore Isee (Indicatore della situazione economica equivalente), secondo il regolamento comunale vigente.

Se quindi la ripartizione della spesa fra il settore sanitario e il settore sociale viene determinata dal livello nazionale (LEA) e da quello regionale con specifici regolamenti attuativi, la ripartizione della quota sociale fra utente e Comune viene disciplinata al livello comunale.

Nell'ambito della propria autonomia legislativa, in assenza di un sistema tariffario unitario a livello nazionale, le Regioni hanno regolamentato in modo eterogeneo l'importo della retta, in alcuni casi modificando la composizione percentuale delle due quote<sup>23</sup>, prevedendo in alcuni casi quote sanitarie superiori al 50%, oppure non disciplinando l'importo della quota sociale, lasciando libertà ai gestori delle strutture nella definizione del costo alberghiero.

Per concludere, occorre rilevare che vi potrebbero essere ulteriori elementi che rendono l'importo della retta variabile, quali ad esempio l'erogazione di eventuali servizi aggiuntivi oppure l'assenza temporanea dalla struttura per ricovero ospedaliero.

## 2.5 Il personale

La dotazione di personale per il funzionamento della struttura RSA viene disciplinata dai regolamenti regionali e dipende dal numero di ospiti e dai livelli assistenziali e organizzativi che si devono garantire. A livello nazionale, in merito alla organizzazione interna, vengono proposti standard tarati sul fabbisogno assistenziale stimato delle singole tipologie di prestazioni<sup>24</sup>, assumendo che il servizio debba essere erogato secondo criteri di professionalità e nel rispetto degli effettivi bisogni assistenziali dei singoli pazienti.

Il DPCM 22 dicembre 1989 stabilisce che ciascun modulo deve essere composto al massimo da 20 posti letto, ma prevede la possibilità di eventuali deroghe ad opera di norme regionali, purché giustificate.

Ulteriori linee di indirizzo nazionali sui requisiti organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private vengono indicate nel già citato DPR del 14 gennaio del 1997 e prevedono che "la R.S.A. deve utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Unità sanitarie locali, garantisca (...) personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate."

In via generale, quindi, quanto più elevate sono l'intensità assistenziale e il livello di complessità organizzativa, tanto più numerose sono le figure professionali presenti nella struttura e tanto più elevato è il costo della prestazione.

Di seguito elenchiamo i profili professionali che possono essere previsti nella dotazione di organico della struttura che integrano i requisiti organizzativi minimi.

### Figure sanitarie

- direttore della struttura, che ha responsabilità dell'assistenza sanitaria e delle condizioni psico-fisiche degli ospiti;
- medico di libera scelta dell'assistito;
- medico per assicurare la reperibilità medica notturna;
- medico di struttura;
- infermiere professionali;
- addetto all'assistenza di base alla persona (ADB);
- terapeuta della riabilitazione;
- educatore professionale;
- altre professioni impegnate per attività specialistiche (es. psicologo, dietista) e di assistenza sociale.

### Figure non sanitarie

- direttore amministrativo, per la direzione organizzativa ed alberghiera della RSA, con profilo professionale non medico, ma con comprovate abilità direzionali e manageriali;
- figure di supporto amministrativo, per le pulizie ed i servizi generali. Da considerare anche l'appalto esterno di servizi per lavanderia, cucina e pulizie.

<sup>23</sup> F. Pesaresi "La ripartizione della spesa nelle RSA, 3° Rapporto sull'assistenza agli anziani non autosufficienti" a cura di Network Non Autosufficienza, Anno 2011 <https://www.slideshare.net/francopesaresi/la-ripartizione-della-spesa-nelle-rsa>

<sup>24</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_646\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_646_allegato.pdf)

## 2.6 Riferimenti normativi

A livello nazionale il quadro normativo riferito alle prestazioni residenziali per anziani non è organico, ma è piuttosto il risultato di una somma di provvedimenti successivi che rispondono a logiche e principi non sempre omogenei.

- Il primo richiamo alle “prestazioni residenziali e semiresidenziali” viene fatto nella Legge 11 marzo 1988, n.67<sup>25</sup>, art. 20, c. 1 e 2, lett. f) (legge finanziaria 1988), che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi di realizzazione di residenze per anziani e soggetti non autosufficienti che non possono essere assistiti a domicilio e nei presidi extra-ospedalieri e ospedalieri diurni, e richiedono trattamenti continui. Tali strutture, che possono essere ricavate anche presso aree e spazi resi disponibili dalla riduzione di posti letto ospedalieri, devono essere di dimensioni adeguate all'ambiente e integrate con i servizi sanitari e sociali di distretto e con istituti di ricovero e cura in grado di provvedere al riequilibrio di condizioni non più stabili.
- Successivamente, il DPCM 22 dicembre 1989<sup>26</sup> (Atto di indirizzo e coordinamento per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani) e il DPR 14 gennaio 1997<sup>27</sup> (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio di attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private) definiscono le caratteristiche e i requisiti delle RSA, nel rispetto del modello assistenziale adottato dalle Regioni/Province autonome.
- Anche il D.lgs 30 dicembre 1992, n. 502<sup>28</sup> (Riordino della disciplina in materia sanitaria e succ. modificazioni), fa riferimento all'art. 3-septies alle prestazioni sociosanitarie, senza definire i contenuti prestazionali del livello di assistenza, ma dettando indicazioni per la determinazione delle tariffe a livello nazionale (art. 8 sexies d.).
- DPR 1° marzo 1994<sup>29</sup> (Approvazione del Piano sanitario nazionale per il triennio 1994-1996): indica nel progetto obiettivo indicato al punto “5.B. La tutela della salute degli anziani” la necessità di attivare misure di controllo sulla qualità della vita degli anziani istituzionalizzati.
- D.M. Salute 15/4/1994<sup>30</sup> (Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera): attribuisce alle Regioni la competenza sulla determinazione dei rispettivi sistemi tariffari, di fatto disattendendo il principio della definizione di tariffe a livello nazionale, fornendo indicazioni esclusivamente sulla parte sanitaria del costo.
- Linee guida ministeriali n. 1/94<sup>31</sup>: contengono indicazioni sia sulle tariffe sanitarie che su quelle alberghiere, con riferimento a strutture pubbliche e private.
- DPR 14 gennaio 1997<sup>32</sup> (Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private): classificazione strutture per livelli assistenziali e definizione dei requisiti minimi per tipologia di struttura.
- Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229<sup>33</sup> (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419), che definisce le prestazioni sociosanitarie e individua le modalità di programmazione, erogazione e finanziamento.
- Legge n.328/2000<sup>34</sup> (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali): individua i parametri ISEE quale elemento di riferimento per la determinazione dei criteri di partecipazione degli assistiti.

<sup>25</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1988/03/14/088G0117/sg>

<sup>26</sup> [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1990-01-03&atto.codiceRedazionale=089A5965&elenco30giorni=false](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=1990-01-03&atto.codiceRedazionale=089A5965&elenco30giorni=false)

<sup>27</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_1163\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1163_allegato.pdf)

<sup>28</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30:502>

<sup>29</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/01/12/094A0053/sg>

<sup>30</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1994/05/10/094A3010/sg>

<sup>31</sup> [http://www.comune.torino.it/servizisociali/vigilanza/normativa/linee\\_guida.pdf](http://www.comune.torino.it/servizisociali/vigilanza/normativa/linee_guida.pdf)

<sup>32</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_1163\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1163_allegato.pdf)

<sup>33</sup> <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/99229dl.htm>

<sup>34</sup> <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.htm>

- DPCM 14 Febbraio 2001<sup>35</sup> (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie): definisce le prestazioni sociosanitarie di cui all'art. 3-septies del D.lgs 502/1992, tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata. Vengono inoltre indicati i criteri di finanziamento e quelli per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti. Nelle forme di lungo-assistenza semiresidenziali e residenziali il 50% del costo complessivo è a carico del SSN con riferimento ai costi riconducibili al valore medio della retta relativa ai servizi in possesso degli standard regionali, o in alternativa il costo del personale sanitario e il 30% dei costi per l'assistenza tutelare e alberghiera; il restante 50% del costo complessivo a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.
- DPCM 29 novembre 2001<sup>36</sup> (Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza): oltre alla definizione de LEA, pone a carico dell'utente o del Comune il 50% dei costi relativi a prestazioni di cura e recupero funzionale delle abilità per anziani e per persone non autosufficienti in regime residenziale e semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo.
- CISIS, "Nomenclatore degli interventi e servizi sociali Versione 2 -Anno 2013"<sup>37</sup> proposto a livello interregionale per utilizzare un glossario Comune e facilitare l'identificazione dei livelli essenziali di assistenza sociale.
- Relazione Finale Progetto Mattone 12<sup>38</sup> - Assistenza residenziale e semiresidenziale - Ministero della salute 2007: l'obiettivo consiste nel definire una base informativa Comune per le prestazioni residenziali e semiresidenziali, su cui costruire un sistema di classificazione omogeneo a livello nazionale, per la rilevazione delle prestazioni erogate a favore di soggetti non autosufficienti e non assistibili a domicilio (anziani, disabili fisici, psichici e sensoriali e pazienti psichiatrici in fase di lungodegenza).
- Commissione LEA, Ministero della Salute Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema - Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza - Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali<sup>39</sup> anno 2007.
- DM Lavoro 17 dicembre 2008<sup>40</sup> (Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali): individua le tipologie di prestazione e le classi di strutture.
- DPCM. n. 159/2013<sup>41</sup> (Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'ISEE).
- il DPCM 12 gennaio 2017<sup>42</sup>(Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), di cui l'art.30 tratta di "Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti" e definisce al c.4 che "4. I trattamenti di lungoassistenza di cui al comma 3 sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera."
- Ministero della Salute, Flusso informativo delle prestazioni residenziali e semiresidenziali. Versione 6.3 Maggio 2018<sup>43</sup>.
- DM 22 agosto 2019<sup>44</sup> che - richiamandosi al richiamandosi al D.lgs 15 settembre 2017, n.147<sup>45</sup> che istituisce il "Sistema informativo unitario dei servizi sociali unitario (SIUSS) - istituisce il SIOSS (Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali), ai sensi dell'art. 24 del Decreto Legislativo n. 147/2017.

<sup>35</sup> [https://www.camera.it/temiap/temi17/dpcm14\\_febbraio\\_2001.pdf](https://www.camera.it/temiap/temi17/dpcm14_febbraio_2001.pdf)

<sup>36</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_normativa\\_1479\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1479_allegato.pdf)

<sup>37</sup> <https://www.cisis.it/nomenclatore/nomenclatore13.pdf>

<sup>38</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_646\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_646_allegato.pdf)

<sup>39</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_646\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_646_allegato.pdf)

<sup>40</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_646\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_646_allegato.pdf)

<sup>41</sup> <https://servizi2.inps.it/servizi/Iseeriforma/docs/info/Guide/GU%20n.19%20del%2024-01-2014%20ISEE-NUOVO-REGOLAMENTO-DPCM-5-12-2013-n.159.pdf>

<sup>42</sup> <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669>

<sup>43</sup> [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_2995\\_listaFile\\_itemName\\_6\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_2995_listaFile_itemName_6_file.pdf)

<sup>44</sup> <https://www.progettoomnia.it/download/23552725ed4fd974abce>

<sup>45</sup> <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/10/13/17G00161/sg>



### 3. L'organizzazione dell'offerta

Il decreto di riforma-ter della sanità (D.lgs 229/1999), introduce all'art.3-septies "Integrazione sociosanitaria", la definizione, le modalità di programmazione e finanziamento, indicando che

- le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei LEA;
- le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale;
- la regione determina il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza;
- le Regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali Comuni e Aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

Il modello così disegnato propone un sistema di offerta di assistenza pubblica, che deve rispondere ai bisogni sociosanitari territoriali attraverso livelli prestazionali, la cui qualità viene garantita da un percorso disciplinato da tre principali procedimenti: Autorizzazione, Accredimento e Accordi. Tali provvedimenti, definiti il "sistema delle tre A", vengono talvolta tra loro confusi, sebbene rispondano a finalità diverse. Per questo motivo si ritiene necessario un chiarimento rispetto agli ambiti di competenza di ciascuno di essi.

#### 3.1 Autorizzazione

L'autorizzazione è il titolo abilitativo che deve essere posseduto dalle strutture che intendono erogare prestazioni sanitarie e sociosanitarie, nel rispetto di requisiti minimi previsti dal regolamento regionale di riferimento.

La realizzazione di strutture e l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie sono infatti subordinate ad autorizzazione, che è richiesta sia per la costruzione di nuove strutture, la trasformazione o il trasferimento in altra sede di strutture già autorizzate, sia per consentire l'esercizio di tali attività.

Il soggetto titolare del procedimento è il Comune ove risiede la sede operativa della struttura, che rilascia l'autorizzazione previa verifica del possesso dei requisiti minimi, strutturali, tecnologici e organizzativi, stabiliti dai regolamenti vigenti.

L'autorizzazione all'esercizio rappresenta la soglia di sicurezza strutturale e organizzativa che deve essere garantita ai cittadini che fruiscono delle prestazioni e deve perciò rispettare standard senza i quali non è possibile esercitare un'attività sanitaria o sociosanitaria. Al possesso e al mantenimento di tali requisiti è legata la validità dell'autorizzazione, che viene accertata attraverso verifiche periodiche effettuate da apposite Commissioni di vigilanza e controllo. Se vengono meno i requisiti minimi e non è possibile effettuare un adeguamento entro i termini stabiliti, l'autorizzazione viene revocata.

Con l'autorizzazione la libertà di assistenza privata, sancita dall'art. 38 Costituzione (cit. "l'assistenza privata è libera"), viene sottoposta ad una valutazione di compatibilità rispetto all'interesse pubblico di tutela dei cittadini che richiede il rispetto di standard strutturali e organizzativi che devono essere garantiti, non solo dai soggetti privati, ma anche dai soggetti pubblici.

#### 3.2 Accredimento

Per **accreditamento istituzionale** si intende il provvedimento con il quale viene riconosciuto alle strutture pubbliche e private - già autorizzate - lo status di potenziali erogatori di prestazioni nell'ambito e per conto del servizio sanitario nazionale, nel rispetto della garanzia di determinati livelli di qualità. In altre parole, l'accreditamento consente alle prestazioni offerte dal soggetto privato di essere al pari di quelle del servizio pubblico, nel quadro di un sistema di regolamentazione pubblico, assicurando sicurezza e qualità delle cure assistenziali fornite ai cittadini.

Riguardo alla titolarità del procedimento, la competenza può essere sia regionale che comunale (L.n. 328/2000, art.6 c.c).

L'istanza di accreditamento deve essere inoltrata al soggetto titolare del procedimento dal rappresentante legale della struttura, che dichiara il possesso dei requisiti richiesti. Questi ultimi sono diversi rispetto a quelli che già devono esserci in virtù dell'autorizzazione posseduta e sono quelli che garantiscono ai cittadini adeguati livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni erogate, permettendo così alla struttura di concorrere al miglioramento della qualità del sistema sanitario e sociosanitario.

Come l'autorizzazione, anche l'accreditamento è un processo di valutazione sistematica e periodica per verificare il possesso e la permanenza dei requisiti strutturali, tecnologici, impiantistici, organizzativi e di funzionamento che influiscono sulla qualità dell'assistenza. Sempre al pari dell'autorizzazione, quindi, anche l'accreditamento può essere revocato dal soggetto titolare del procedimento, se a seguito di verifica la struttura non soddisfa più i requisiti qualitativi che ne hanno determinato la concessione.



Nell'ambito del sistema di offerta di servizi, l'accreditamento può essere quindi considerato come uno strumento da usare sia per l'allargamento del mercato dei fornitori accreditati, a cui gli utenti accedono tramite voucher o tramite pagamento di una retta; sia per garantire la qualità dei soggetti che partecipano alle gare di appalto di servizi. Attraverso l'accreditamento la struttura può infatti operare in nome e per conto del SSN, adoperando le stesse tariffe e percependo quindi quota parte del finanziamento sanitario regionale.

### 3.3 Accordo

L'accreditamento attribuisce al soggetto accreditato la qualifica di potenziale erogatore, ma non consente di erogare prestazioni a carico del SSN se non previa pattuizione di appositi accordi contrattuali.

Il procedimento di accreditamento, infatti, è solo il primo titolo che dà alla struttura il diritto ad effettuare prestazioni che possono essere erogate solo mediante l'accordo stipulato con la regione territorialmente competente.

Una volta ottenuto l'accreditamento istituzionale, la struttura privata stipula appositi accordi contrattuali con la Regione, mediante i quali si stabilisce il numero di prestazioni che il SSN "acquista" dalla struttura accreditata.

L'accordo contrattuale viene *in primis* richiamato dal D.lgs 502/927 e quindi dal D.lgs 299/1999, dove si indica alle Regioni di definire l'ambito di applicazione degli accordi contrattuali e individuare i soggetti interessati, con specifico riferimento ai seguenti aspetti:

- a. individuazione delle responsabilità riservate alla Regione e di quelle attribuite alle unità sanitarie locali nella definizione degli accordi contrattuali e nella verifica del loro rispetto;
- b. indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate, secondo le linee della programmazione regionale e nel rispetto delle priorità indicate dal Piano sanitario nazionale;
- c. determinazione del piano delle attività relative alle alte specialità e alla rete dei servizi di emergenza;
- d. criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura.

La Regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate che indicano:

- a. gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi;
- b. il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologia e per modalità di assistenza;
- c. i requisiti del servizio da rendere, con particolare riguardo ad accessibilità, appropriatezza clinica e organizzativa, tempi di attesa e continuità assistenziale;
- d. il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate;
- e. il debito informativo delle strutture erogatrici per il monitoraggio degli accordi pattuiti.

Va ricordato che, nell'ambito dei servizi a integrazione sociosanitaria, per l'erogazione della componente assistenziale di tipo sociale gli accordi potrebbero essere disciplinati dal Comune, in forma singola o associata, attraverso specifiche convenzioni.

### 3.4 Riferimenti normativi

Il primo riferimento normativo in materia di autorizzazione e accreditamento è il D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502<sup>46</sup> (Riordino della disciplina in materia sanitaria), che rappresenta la prima importante norma di riordino del SSN, che riguarda sommariamente:

- avvio del processo di regionalizzazione della sanità con attribuzione di maggiori responsabilità gestionali alle Regioni (programmatorie, organizzative e finanziarie);
- aziendalizzazione delle strutture di produzione ed erogazione dei servizi sanitari che vengono dotate di personalità giuridica come azienda (Aziende USL e Aziende Ospedaliere), ridotte di numero e diventano di competenza regionale e non più comunale;
- regolazione dell'offerta di servizi pubblici e privati, finalizzata al miglioramento qualitativo delle prestazioni ed alla più ampia libertà di scelta per il cittadino;
- definizione dei livelli uniformi di assistenza sul territorio nazionale;
- nuovo modello di finanziamento basato sulla quota capitaria e la remunerazione a tariffa;
- partecipazione del cittadino (in forma singola o associata) alla fase gestionale ed organizzativa del SSN ed alla fase di verifica degli obiettivi raggiunti.

<sup>46</sup> <https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30:502>

La riforma-ter del SSN, introdotta con Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229<sup>47</sup> (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419), ha introdotto ulteriori elementi di innovazione nel SSN, i cui elementi chiave sono:

- aziendalizzazione e organizzazione delle strutture sanitarie;
- ruolo delle Regioni (programmazione, piano sanitario regionale, criteri finanziamento controllo e valutazione, articolazione territorio in ASL e distretti);
- ruolo dei Comuni rafforzato: forme di concertazione con i Comuni per l'attuazione del Piano Sanitario Locale, i Piani attuativi locali (PAL) e del Programma delle attività territoriali (PAT);
- conferenza permanente per la programmazione sanitaria e sociosanitaria regionale;
- integrazione sociosanitaria;
- definizione LEA;
- accreditamento istituzionale;
- partecipazione dei cittadini;
- piano sanitario nazionale.

Altro importante riferimento normativo è la Legge nazionale dell'8 novembre 2000<sup>48</sup> n.328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali), che introduce per la prima volta nel settore sociale e del sociale integrato l'autorizzazione e l'accreditamento. L'art.11 della legge tratta di "Autorizzazione e accreditamento" per i servizi e le strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, prevedendo requisiti minimi come condizioni di rilascio, ma non ne definisce le finalità e le caratteristiche.

---

<sup>47</sup> <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/deleghe/99229dl.htm>

<sup>48</sup> <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/00328l.htm>

## 4. Le misure regionali

L'analisi delle misure di protezione e prevenzione adottate dalle Regioni in risposta alle linee di indirizzo nazionali e specificatamente rivolte alle RSA, si è concentrata su quattro principali dimensioni:

1. la presenza di indicazioni generali per la gestione dell'emergenza COVID-19;
2. la presenza di misure di contenimento dell'infezione per ospiti e personale;
3. la presenza di un sistema di rete territoriale per la gestione delle RSA per anziani, ovvero un sistema integrato di intervento fra i diversi soggetti coinvolti a vario titolo;
4. la presenza di un sistema di monitoraggio del piano di azioni.

Il primo ambito rappresenta il livello di analisi principale, volto a verificare la presenza di direttive regionali emanate per tutelare in modo specifico le RSA o, più in generale, le strutture sociosanitarie. Si è dunque cercato tra i diversi atti normativi disponibili e nei siti istituzionali documenti riferiti a misure, di carattere generale o specifico, legate all'area di interesse.

Rientrano in quest'area tutte le azioni intraprese a livello organizzativo che riguardano, in modo sommario: i programmi di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA); l'adozione di precauzioni nell'assistenza e nella valutazione del rischio nella struttura; l'indicazione di un programma per la protezione e la sicurezza degli operatori sanitari; la formazione del personale per la corretta adozione delle misure di prevenzione/precauzioni di isolamento; la preparazione della struttura alla gestione dei casi COVID-19 sospetti o probabili o confermati.

Questa prima ricognizione ha permesso di rilevare non solo la presenza/assenza di piani di contenimento, ma di individuare alcune misure di particolare interesse strategico. Si è successivamente proceduto ad un'analisi del materiale raccolto al fine di individuare la presenza (o l'assenza) di disposizioni riconducibili ai tre aspetti di cui ai punti 2, 3, e 4.

Le misure di contenimento dell'infezione per ospiti e personale coinvolgono più livelli di intervento, che riguardano: evitare le visite da parte di familiari e conoscenti, ad eccezione di casi particolari; limitare i nuovi ingressi; dare disposizioni agli operatori affinché prestino attenzione al proprio stato di salute; monitorare l'insorgenza di febbre e sintomi di infezione respiratoria acuta o di insufficienza respiratoria comunicandolo, se necessario, al personale medico per ulteriori approfondimenti diagnostici e per la gestione del residente secondo protocolli locali; sensibilizzare e informare sulle principali misure di prevenzione igieniche e del distanziamento sociale.

Il terzo ambito di analisi ha avuto come oggetto l'attivazione di un sistema di monitoraggio del piano di azioni, per assicurare l'assistenza continua e la gestione degli ospiti presso le RSA, in una fase emergenziale dove è stato indispensabile l'individuazione di strategie clinico-assistenziali appropriate e sostenibili ottimizzando le risorse disponibili. Il sistema implica una stretta collaborazione fra Aziende sanitarie, Medici di Medicina Generale (MMG), Medici di Continuità Assistenziale (MCA), Unità speciale di continuità assistenziale (USCA) e le organizzazioni presenti nei territori.

L'ultimo punto riguarda la presenza di una strategia esplicita di monitoraggio delle azioni e delle azioni intraprese per gestire l'emergenza all'interno delle RSA. La presenza di un sistema di monitoraggio permette infatti di rilevare con regolarità e sistematicità l'evoluzione di fenomeni che possono riguardare: la diffusione dell'infezione da COVID all'interno delle Residenze; la dotazione ed il fabbisogno di personale e di dispositivi, farmaci o altro materiale; gli esiti dei tamponi diagnostici effettuati sugli ospiti e sugli operatori; la presenza di protocolli o di interventi specifici definiti a livello regionale.

La differente combinazione di queste dimensioni consente di individuare tre principali strategie di attuazione così definite:

- "attuazione estesa", che presenta una regolazione normativa su tutte le dimensioni indagate;
- "attuazione mediana", dove sono state esplicitamente normate almeno 2 delle 4 dimensioni analizzate;
- "attuazione contenuta", contraddistinta dalla presenza di almeno una dimensione.

Tale classificazione **non rappresenta un giudizio qualitativo sulla bontà e sull'efficacia delle misure intraprese**, ma si limita all'individuazione dei dispositivi normativi specifici delle diverse Regioni.

La differenza tra i vari contesti regionali può infatti dipendere da numerose variabili sia di tipo strutturale (come la popolazione residente e anziana, il numero di strutture e di soggetti ospitati) che di tipo congiunturale (come la diffusione del virus sul territorio regionale o la presenza di focolai che hanno richiesto una regolazione ad hoc). In altre parole, le misure adottate possono rispondere ad esigenze specifiche territoriali e possono quindi essere adeguate a prescindere dal numero di dimensioni sulle quali è intervenuta la regolazione.

Nel paragrafo successivo riportiamo una breve descrizione dei piani di intervento adottati dalle Regioni utilizzando la classificazione dei sistemi sopra descritti; nel paragrafo 4.2 vi è uno schema che evidenzia, per ogni regione, la presenza/assenza dei quattro ambiti di azione analizzati mentre nell'allegato vengono riportate – per ogni regione - le fonti informative utilizzate e i link ai relativi documenti.

#### 4.1 Strategie regionali di risposta

##### *Strategia di attuazione estesa*

Il **Friuli-Venezia Giulia** ha redatto un piano di intervento che è stato uno dei documenti considerati dall'ISS per la stesura delle linee di indirizzo nazionali. Il piano prevede lo sviluppo di una "Rete COVID per la gestione delle residenze per anziani", al fine di: garantire maggior coordinamento e integrazione possibili tra tutti gli attori della rete coinvolti (direzioni sanitarie, direzioni distrettuali, MMG, USCA, MCA); uniformare strategie ed azioni di prevenzione e contenimento del contagio nelle strutture residenziali, a tutela della salute degli ospiti, dei lavoratori e dei loro familiari; favorire il mantenimento dei casi sospetti o dei casi positivi nelle strutture residenziali e contenere al massimo l'ospedalizzazione. Sono state perciò individuate task force aziendali, COVID team distrettuale – che opera con la task force aziendale e gli altri Covid team distrettuali – e Referente/team nelle Residenze per anziani. Compiti della task force aziendale sono la raccolta e il monitoraggio dei dati e la gestione delle dotazioni necessarie.

In **Alto Adige** è stata creata una task force presso l'Associazione delle residenze per anziani (ARpA) che già a partire dal 5 marzo (prima che il governo imponesse il divieto di ingresso nelle strutture) ha previsto la chiusura delle residenze e il divieto di visite esterne. Alcune strutture hanno attuato tali misure di sicurezza già alla fine del mese di febbraio. L'ARpA assieme all'Ufficio Anziani, ha costituito un Comitato Anticrisi delle Residenze per Anziani, che fornisce supporto e consulenza alle residenze, indicando misure immediate da adottare in caso di test positivo, notifiche e Comunicazioni all'Ufficio Igiene, collaborazione tra responsabili delle residenze e responsabili sanitari, procedure di disinfezione, utilizzo corretto e professionale dei dispositivi di protezione, assunzione di personale sostitutivo. Ogni giorno vengono inoltre aggiornati i rapporti sulla situazione nelle 77 residenze per anziani.

Il **Veneto** ha elaborato un piano dettagliato delle misure da adottare, prese come riferimento anche dal piano nazionale dell'ISS, che compongono un'azione congiunta di previsione, prevenzione e monitoraggio. Le procedure attivate nelle residenze territoriali riguardano la gestione degli ospiti, sia presenti in struttura sia provenienti da domicilio o da struttura ospedaliera. Sono previsti nuclei di isolamento, organizzati secondo il livello di gravità e rischio diffusivo e sono state elaborate indicazioni di prevenzione per gli operatori e di igienizzazione per gli ambienti. È stato infine predisposto un piano dei controlli sull'adempimento delle misure da parte delle singole strutture.

In **Piemonte** è stato sottoscritto un Protocollo d'intesa tra l'unità di crisi della Regione, le prefetture, la città metropolitana e le altre che contiene, come allegato, le "Linee di indirizzo ministeriali, ISS e indicazioni operative sull'assistenza territoriale".

Vengono mantenute le competenze assistenziali degli MMG, coadiuvati, ove necessario, dalle USCA, per la gestione clinica degli ospiti e dal Direttore Sanitario delle strutture, mentre alle Commissioni di Vigilanza delle ASL spetta il monitoraggio della presenza e la corretta implementazione del Piano di gestione dei casi COVID positivi. Altri aspetti del piano riguardano l'identificazione delle strutture residenziali assistenziali dedicate ove trasferire i pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, la formazione degli operatori in merito ai rischi di esposizione professionale e alle misure di prevenzione e protezione disponibili e il potenziamento del personale.

In **Valle d'Aosta**, il piano generale contenente le indicazioni per la prevenzione e il controllo sul territorio, presenta una specifica sezione su "residenze sociosanitarie e microComunità", i cui punti principali sono: il rafforzamento dei programmi di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza; l'identificazione precoce dei casi COVID-19 sospetti tra operatori, visitatori e residenti e gestione dei casi confermati; la formazione del personale sulle misure di prevenzione e precauzione di isolamento; la sensibilizzazione e formazione dei

residenti; la preparazione e gestione casi COVID-19 sospetti o confermati; l'assistenza psicologica, svolta dall'associazione Psicologi per i Popoli Emergenza Valle d'Aosta.

La **Liguria** ha incaricato Alisa - Sistema Sanitario Regione Liguria - di preservare e mantenere 'COVID-free' le strutture non colpite e, al contempo, mitigare il contagio in quelle contaminate attraverso una serie di azioni mirate di verifica e supporto. Tra queste: la costituzione di nuclei di infermieri per svolgere azioni di verifica nelle strutture, coordinate dalle singole Asl; la costituzione di una task force dedicata alle RSA per realizzare anche una mappatura delle criticità per poter implementare in modo mirato le azioni già messe in campo; la realizzazione di test sierologici per tutti gli ospiti ed il personale delle residenze.

**L'Emilia-Romagna** ha elaborato il "Piano di contrasto alla diffusione di COVID-19 all'interno delle strutture residenziali per anziani e disabili", che è stato preso come riferimento anche dal piano nazionale ISS. I punti principali riguardano la tempestività della diagnosi, la sorveglianza dei contatti del caso, l'isolamento e le collocazioni esterne, le misure di prevenzione per gli operatori delle strutture e vigilanza. Riguardo al primo punto, viene organizzata una rete territoriale tra il medico di struttura (medico di assistenza primaria, medico di continuità assistenziale, medico specialista, medico dipendente della struttura), il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP), azienda sanitaria e ospedaliera. Per coordinare le strategie di verifica, supporto e progettazione delle eventuali soluzioni specifiche, si è previsto di istituire nell'ambito di ciascuna CTSS - Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria - una task force interistituzionale, nella cui composizione sia garantita la presenza delle Aziende sanitarie di riferimento.

In **Toscana** le "Misure straordinarie per il contrasto ed il contenimento sul territorio regionale della diffusione del virus COVID-19 nell'ambito delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Residenze Sanitarie Disabili (RSD) e altre strutture sociosanitarie" hanno rappresentato una fonte per il piano dell'ISS e si caratterizzano per la centralità dei MMG e della rete assistenziale territoriale integrata tra MMG, USCA e direzione sanitaria. Viene inoltre previsto di eseguire i test sierologici rapidi, a tutti gli operatori e ospiti delle strutture sociosanitarie e di accoglienza, con particolare riferimento alle RSA e RSD, perché maggiormente esposti al rischio. Inoltre, è stato adottato un protocollo operativo tra i gestori della struttura, che segnalano il caso, il MMG che effettua l'accertamento telefonico e Comunica al locale dipartimento di prevenzione la presenza di un caso sospetto, l'USCA competente territorialmente che effettua una valutazione clinica del caso anche utilizzando il test sierologico in attesa di effettuare il test diagnostico molecolare. Qualora il test sierologico dia esito positivo o dubbio, lo stesso test viene effettuato su tutti gli ospiti e lavoratori della struttura sempre in attesa dell'effettuazione del test diagnostico molecolare.

**L'Umbria** ha adottato il "Piano Gestione attività territoriali – Emergenza Coronavirus" nel quale viene allegato il documento nazionale "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da sars-cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie – ISS". Tale documento viene adottato come riferimento per le azioni da attivare a livello regionale nelle singole strutture. Come ulteriori specifiche si indica che tutte le strutture devono controllare i flussi in entrata ed in uscita.

### ***Strategia di attuazione mediana***

Nella **Provincia di Trento** non è stato redatto un unico piano di contenimento/prevenzione mentre, con determinazione del Dipartimento salute e politiche sociali, successivamente integrata, è stata istituita una Task force con compiti di supporto professionale a favore dei responsabili sanitari e gestionali delle RSA e delle altre strutture sociosanitarie maggiormente colpite dall'emergenza.

La **Lombardia** ha fornito indicazioni operative, dedicate alle RSA e RSD, sia per la gestione degli ospiti e del loro personale sia per il contenimento delle infezioni. Tale strategia è basata sui seguenti aspetti: sensibilizzazione, prevenzione e formazione; modalità di accettazione degli ospiti nelle RSA nell'emergenza; accesso alle strutture e visite; disposizioni per gli ospiti e per gli operatori; dispositivi di protezione individuale. Viene previsto un sistema di rete con le ATS che curano la sorveglianza epidemiologica dei cittadini COVID-19 positivi e dei contatti stretti di caso. La struttura deve segnalare alla ATS di competenza territoriale la presenza di ospiti positivi, anche accolti dagli ospedali a seguito di dimissione. Successivamente è stata istituita una Commissione finalizzata alla verifica della situazione in essere nelle RSA.

In **Abruzzo** sono state disposte azioni che riguardano: la gestione dei nuovi accessi provenienti da territorio e da presidio ospedaliero; l'individuazione di priorità ad accessi da presidi ospedalieri; l'esecuzione di specifico test molecolare per la diagnostica di COVID-19 a tutti gli operatori; la gestione del personale dedicato all'assistenza.

Questo deve essere assegnato, ove possibile, sempre alla stessa area di trattamento; l'isolamento dei casi sospetti COVID-19 in aree dedicate oppure l'isolamento per coorte degli ospiti sospetti. Le misure di controllo e monitoraggio sono state affidate alle Direzioni Generali Aziendali.

### **Strategia di attuazione contenuta**

Nel **Lazio**, è stata approvata un'ordinanza per la prevenzione, il contenimento e la gestione dei focolai nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali. Il monitoraggio è affidato alle ASL.

La **Sicilia** ha previsto l'estensione alle RSA siciliane del vademecum comportamentale contemplato per le case di riposo. Si tratta di azioni di contrasto e prevenzione per contenere ogni forma di possibile contagio nelle strutture che ospitano anziani e persone fragili.

In **Campania** la task force è stata sostituita dall'unità di crisi regionale mentre, per quanto concerne le RSA, sono stati intensificati i controlli straordinari disposti dal Presidente della Regione.

La **Sardegna** ha fornito una serie di indicazioni che hanno articolato e contestualizzato le raccomandazioni del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità tenendo conto della grande variabilità di strutture presenti nel territorio regionale (in particolare socio-assistenziali), per la gran parte caratterizzate da piccole dimensioni e da una peculiare organizzazione logistica.

La regione **Molise**, assieme a ASREM - Azienda sanitaria regionale del Molise -, è intervenuta per la gestione di alcuni focolai presenti sul territorio, mentre per quanto concerne le singole RSA queste hanno adottato di propria iniziativa protocolli specifici.

In **Puglia** sono state emanate disposizioni per tutte le strutture residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari di area sanitarie, socio-sanitarie, socio-assistenziale, al fine di regolamentare la ripresa delle attività. Si tratta principalmente di indicazioni riguardanti l'accesso alle strutture da parte di pazienti, personale e visitatori; l'isolamento dei pazienti infetti; la sanificazione, l'igiene e l'utilizzo dei protocolli.

In **Calabria** il documento specificamente dedicato alle attività delle RSA contiene disposizioni generali, richiamando la normativa nazionale che imponeva una limitazione agli accessi agli ospiti in tali strutture. Una successiva disposizione è di natura simile a quelle emanate dalla Regione Molise per quanto concerne la gestione di alcuni focolai.

Nelle **Marche** non sono state fornite indicazioni specifiche sulle RSA o le residenze socio-sanitarie, ma è stato delegato al GORES - Gruppo Operativo Regionale per le Emergenze Sanitarie - la supervisione e la regolamentazione di tutta l'attività svolta in ambito sanitario e socio-sanitario. In questo contesto, APRIRE Network - Assistenza PRIMARIA in REte - ha elaborato due documenti che contengono linee guida specifiche per le attività delle RSA in situazione di emergenza, il primo intitolato "Corretto utilizzo DPI nelle Residenze Socio-sanitarie per Anziani"<sup>49</sup> mentre il secondo prende il nome di "Prevenzione e gestione nelle Residenze Socio-sanitarie per Anziani"<sup>50</sup>.

Per la regione **Basilicata** attraverso la consultazione di siti delle aziende sanitarie (AS) è stato possibile individuare la presenza di task force aziendali e la costituzione di unità speciali COVID-19 (USCO) che effettuano tamponi nelle RSA e nelle case di riposo a tutti gli operatori e agli stessi ospiti<sup>51</sup>. È stato inoltre redatto dalla Task Force Coronavirus regionale una "Procedura operativa per la gestione dei casi sospetti di infezione da COVID-19"<sup>52</sup>, in progressivo aggiornamento.

---

<sup>49</sup> <https://www.aprirenetwork.it/wp-content/uploads/2020/03/COVID-19-PROTEGGERE-GLI-OPERATORI-SANITARI-31-marzo-2020-5.pdf>

<sup>50</sup> [https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/04/AprireNetwork\\_Prevenzione-e-Gestione-nelle-RSA\\_31-mar-20.pdf](https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2020/04/AprireNetwork_Prevenzione-e-Gestione-nelle-RSA_31-mar-20.pdf)

<sup>51</sup> [https://www.asmbasilicata.it/servizi/comunicatistampa/ricerca\\_fase02.aspx?ID=1033](https://www.asmbasilicata.it/servizi/comunicatistampa/ricerca_fase02.aspx?ID=1033)

<sup>52</sup> <http://www.aspbasilicata.it/sites/default/files/CORONAVIRUS%20PROCEDURA%20OPERATIVA%20REGIONE%20BASILICATA%2014-febbraio-2020.pdf>

## 4.2 Tabella analitica regionale

La tabella riassume i risultati della ricognizione secondo le dimensioni prima richiamate. Nel complesso, tutte le Regioni hanno fornito indicazioni generali per la gestione dell'emergenza e previsto misure di contenimento dell'infezione all'interno delle strutture.

**Tabella 1** - Tabella riassuntiva delle misure adottate a livello regionale

Regione o Provincia	Indicazioni generali per la gestione dell'emergenza COVID-19	Presenza di misure di per visitatori, ospiti e personale	Presenza di un sistema di rete territoriale	Sistema di monitoraggio del piano azioni	Tipo strategia
FRIULI -VENEZIA GIULIA					Estesa
PROV TRENTO					Mediana
PROV BOLZANO					Estesa
VENETO					Estesa
LOMBARDIA					Mediana
PIEMONTE					Estesa
VALLE D'AOSTA					Estesa
LIGURIA					Estesa
EMILIA ROMAGNA					Estesa
TOSCANA					Estesa
UMBRIA					Estesa
MARCHE					Contenuta
LAZIO					Contenuta
CAMPANIA					Contenuta
ABRUZZO					Mediana
MOLISE					Contenuta
PUGLIA					Contenuta
BASILICATA					Contenuta
CALABRIA					Contenuta
SARDEGNA					Contenuta
SICILIA					Contenuta

Le strategie implementate sono quindi molto simili, sebbene, in alcuni casi, ai dispositivi generali si sono aggiunte specifiche strategie di monitoraggio e/o di attivazione di reti territoriali integrate per la gestione delle RSA. Tali misure sembrano risentire sia del numero delle strutture presenti sul territorio sia della diffusione dell'infezione e della presenza di focolai localizzati. In altre parole, Regioni con un forte presenza di RSA e con una maggiore incidenza di contagi hanno dedicato una maggiore regolazione delle strategie di contrasto.

Come abbiamo già anticipato, tale descrizione fornisce una prima fotografia delle misure dirette alla gestione delle RSA ma non può essere interpretata come una valutazione degli interventi, che richiederebbe un percorso di analisi diverso. In questo senso, le analisi presentate hanno un carattere prevalentemente esplorativo, volto a descrivere – più che interpretare – i provvedimenti introdotti dal legislatore regionale in una situazione di emergenza.

#### 4.3 Riferimenti normativi

Rassegna atti regionali contenimento COVID-19 (segue nelle pagine successive)



Regione	Data	Tipo atto	Descrizione	Oggetto	Indicazioni generali gestione emergenza	Sistema di rete territoriale	Contenim. visitatori/ospiti/persone	Sistema di monitorag. piano d'azioni
Friuli – Venezia Giulia	06/04/2020	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità	Versione 2. Integrazione e sviluppo delle disposizioni	<a href="#">Indicazioni organizzative e gestionali per l'emergenza COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani - Aggiornamento</a>		X		X
	21/03/2020	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità	Versione 1	<a href="#">Indicazioni organizzative e gestionali per l'emergenza COVID-19 nelle strutture residenziali per Anziani - Aggiornamento</a>				
	21/03/2020	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità		<a href="#">Indicazioni operative per le Residenze Sociosanitarie per Anziani</a>	X		X	
Provincia Autonoma di Trento	30/04/2020	Circolare		<a href="#">Circolare per la gestione dell'emergenza Coronavirus presso i servizi socioassistenziali e sociosanitari della Provincia di Trento</a>	X		X	
	24/04/2020	Delibera della Giunta Provinciale		Disposizioni in merito alle strutture sociosanitarie area anziani (RSA e Centri diurni) a seguito dell'emergenza Coronavirus	X	X		
	17/04/2020	Delibera della Giunta Provinciale	Approvazione "Programma operativo per la gestione dell'emergenza COVID-19 della Provincia Autonoma di Trento" attuativo delle disposizioni di cui ai D-L del 9 marzo 2020, n. 14 e del 17 marzo 2020, n. 18.	Approvazione del Programma operativo per la gestione dell'emergenza COVID-19 attuativo delle disposizioni di cui ai D-L del 9 marzo 2020 n. 14 e del 17 marzo 2020 n. 18 e assegnazione all'Azienda provinciale per i servizi sanitari delle relative risorse.				
	04/01/2020	Determinazione del Dipartimento salute e politiche sociali	è stata istituita una Task force, con compiti di supporto professionale, nella gestione dell'emergenza da Coronavirus, a favore dei responsabili sanitari e gestionali delle RSA e delle altre strutture sociosanitarie maggiormente colpite dall'emergenza.		X	X		

	18/03/2020	Circolare	Dono precluse le uscite degli ospiti; Non possono inoltre essere attivati nuovi inserimenti	Circolare per la gestione dell'emergenza Coronavirus presso i servizi residenziali socioassistenziali e sociosanitari (prot. 174250 del 18/3/2020)				
Provincia Autonoma di Bolzano	21/05/2020	News sito istituzionale		<a href="#">Le Residenze per Anziani dell'Alto Adige vogliono tornare alla normalità.</a>				
	21/05/2020	News sito istituzionale	Da metà marzo viene effettuato un monitoraggio quotidiano che fornisce i dati aggiornati riguardo alle strutture	<a href="#">Case di riposo: il monitoraggio ed i test per entrare nella Fase 2</a>				X
	06/04/2020	News sito istituzionale	Inclusione tra il personale reclutabile su base volontaria anche gli studenti maggiorenni dell'ultimo anno delle scuole professionali per le professioni sociali.	<a href="#">Coronavirus, nuova ordinanza: obbligatorio coprirsi naso e bocca</a>				
Veneto	31/03/2020	Nota ULSS9	piano dettagliato delle misure da adottare, che comprendono anche un piano dei controlli regionale, circa l'adempimento da parte delle singole strutture residenziali.	<a href="#">Indicazioni operative per la presa in carico del paziente sintomatico sospetto COVID-19 e valutazione del rischio in Strutture Residenziali per Anziani</a>	X	X	X	X
Lombardia	11/04/2020	Decreto Regionale		<a href="#">Istituzione commissione finalizzata alla verifica della situazione in essere nelle RSA a seguito della pandemia COVID-19</a>				
	30/03/2020	Deliberazione della Giunta Regionale		<a href="#">Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19 – indicazioni per gestioni operative per le RSA e le RSD</a>	X	X	X	
	03/12/2020	Decreto del Segretario della Regione Lombardia	“Costituzione dell'Unità di Crisi dell'emergenza sanitaria in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19 e relativa Task Force”					

Piemonte	02/05/2020	Decreto Presidente della Giunta Regionale	Si mantiene divieto accesso RSA	<a href="#">Disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19</a>				
	06/04/2020	Decreto Presidente della Giunta Regionale	Monitoraggio operatori sanitari	<a href="#">Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19</a>				X
	31/03/2020	Protocollo d'intesa	Contiene le ulteriori misure di contenimento del Coronavirus nell'assistenza territoriale e nelle strutture assistenziali e sociosanitarie, comprese le case di riposo.	<a href="https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2020-03/protocollo_rsa.pdf">https://www.regione.piemonte.it/web/sites/default/files/media/documenti/2020-03/protocollo_rsa.pdf</a>	X	X	X	X
Valle d'Aosta	27/03/2020	Ordinanza del Presidente della Regione	Ricerca attiva di potenziali casi tra residenti e operatori; restrizione dell'attività lavorativa degli operatori sospetti o risultati positivi; formazione del personale per la corretta adozione delle precauzioni standard e procedure d'isolamento; sensibilizzazione e formazione dei residenti e dei visitatori; promemoria per promuovere comportamenti corretti; preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi di COVID19; monitoraggio dell'implementazione delle misure adottate.	<a href="#">Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19</a>	X	X	X	X
Liguria	15/04/2020	News sito istituzionale		<a href="#">Coronavirus, ordinanza di Regione per le RSA, per proseguire azioni attivate, preservare le RSA COVID-free e mitigare il contagio in quelle contaminate</a>	X	X	X	

Emilia - Romagna	30/04/2020	Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale	Il DPCM del 26 aprile 2020 ha aggiornato le misure di contenimento del Coronavirus in vigore in tutto il Paese. In Emilia-Romagna le misure sono integrate dalle: ordinanze Del presidente della Giunta n. 73 del 28 aprile 2020 e ordinanze del presidente della Giunta n. 74 del 30 aprile 2020	<a href="#">Misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19</a>				
	28/04/2020	Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale		<a href="#">Misure per la gestione dell'emergenza sanitaria legata alla diffusione della sindrome da COVID-19</a>				
	27/04/2020	Delibera della Giunta Regionale		<a href="#">Approvazione dei piani di contrasto alla diffusione del COVID-19 nelle strutture residenziali e presso il domicilio</a>	X	X	X	X
	23/04/2020	News sito istituzionale	Nuove indicazioni operative stringenti ai gestori delle strutture che ospitano persone anziane e con disabilità	<a href="#">Coronavirus. Strutture per anziani e disabili (Cra): tutti gli interventi per interrompere la catena del contagio</a>				
Toscana	07/04/2020	Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale		<a href="#">Misure straordinarie per il contrasto ed il contenimento sul territorio regionale della diffusione del virus COVID-19 in materia di igiene e sanità pubblica per le RSA, RSD o le altre strutture socio-sanitaria</a>				
	14/04/2020	Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale		<a href="#">Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale</a>	X	X	X	X
	01/04/2020	Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale		<a href="#">Ulteriori misure in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19</a>				
	29/03/2020	Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale		<a href="#">Misure straordinarie per il contrasto ed il contenimento sul territorio regionale della diffusione del virus COVID-19 nell'ambito delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e Residenze Sanitarie Disabili (RSD) e altre strutture socio-sanitarie</a>			X	
	25/03/2020	Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale		<a href="#">Ulteriori misure straordinarie per il contrasto ed il contenimento sul territorio regionale della diffusione del virus COVID-19</a>				X

Umbria	25/03/2020	Deliberazione della Giunta Regionale	Adozione del piano con relativo allegato avente ad oggetto "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da sars-cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie - ISS"	<a href="#">Piano Gestione attività territoriali - Emergenza Coronavirus</a>				
Marche	03/03/2020	Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale	Delega al GORES di provvedere alla regolamentazione degli accessi nelle RSA	<a href="#">Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19</a>				
	31/03/2020	Linee guida	Linee guida RSA emanate da APRIRE Network	<a href="#">Corretto utilizzo DPI nelle Residenze Sociosanitarie per Anziani</a>	X		X	
	31/03/2020	Linee guida	Linee guida RSA emanate da APRIRE Network	<a href="#">Prevenzione e gestione nelle Residenze Sociosanitarie per Anziani</a>	X		X	
Lazio	17/04/2020	Ordinanza del Presidente		<a href="#">Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS - COV-2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali</a>	X			
	06/03/2020	Nota		<a href="#">Indicazioni per prevenire l'infezione da nuovo Coronavirus SARS-Cov-2 (COVID-19) nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali</a>		X		
	18/04/2020	Ordinanza del Presidente		<a href="#">Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019: prevenzione, contenimento e gestione dei focolai da SARS - COV-2 nelle strutture sanitarie ospedaliere, nelle strutture residenziali e semiresidenziali sanitarie, sociosanitarie e socio assistenziali</a>		X		

Campania	20/03/2020	Decreto Presidenziale	Il gruppo di supporto tecnico/amministrativo si occupa anche del supporto e del monitoraggio per RSA	<a href="#">Unità di Crisi regionale COVID-19 e gruppo di supporto tecnico/amministrativo e consulenza legale al Soggetto Attuatore</a>				
	30/03/2020	News sito istituzionale	La Regione chiede controlli straordinari presso RSA ai Direttori Sanitari	<a href="#">RSA, proseguono i controlli straordinari</a>				
Abruzzo	10/04/2020	Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale		<a href="#">Misure straordinarie per il contrasto ed il contenimento sul territorio regionale della diffusione del virus COVID-19 nell'ambito delle strutture eroganti, in regime residenziale, prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie</a>	X		X	X
	04/04/2020	Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale	La Regione dispone la quarantena precauzionale per tutti i soggetti entrati in contatto con la RSA Tavola Osca ubicata ad Agnone	<a href="#">Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in relazione al cluster epidemiologico riscontrato nel territorio del Comune di Agnone</a>				
Molise	26/03/2020	Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale	La Regione dispone la quarantena precauzionale per tutti i soggetti entrati in contatto con la RSA Madre Teresa di Calcutta ubicata a Cercemaggiore	<a href="#">Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in relazione al cluster epidemiologico riscontrato nel territorio del Comune di Cercemaggiore</a>				
	02/05/2020	Protocollo uscita		<a href="#">Misure per la prevenzione, il contrasto e il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 – Strutture residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari – Ripresa attività - DISPOSIZIONE</a>	X		X	
Puglia	04/04/2020	Protocollo uscita		<a href="#">Misure per la prevenzione, il contrasto e il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 – Misure per intensificare la prevenzione e la gestione del rischio da contagio COVID-19 nelle RSA anziani/disabili e nei presidi di riabilitazione</a>	X		X	

Basilicata	11/04/2020	Notizia istituzionale	USCO e monitoraggio RSA	<a href="#">Tamponi ad ospiti ed operatori in tutte le R.S.A.(Residenze Sanitarie Assistenziali ) della provincia di Matera</a>	X			
	25/03/2020	Direttiva regionale	Istituzione delle USCO	<a href="#">Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, istituzione unità speciali COVID-19</a>				
	14/02/2020	Procedura operativa	Diagramma di flusso per la gestione dei casi sospetti	<a href="#">Procedura Operativa per la gestione di casi sospetti di infezione da COVID-19 in Basilicata</a>				
Calabria	10/03/2020	Ordinanza del Presidente della Regione	Nell'ordinanza viene ricordato che, seguendo le disposizioni del DPCM 8 marzo 2020 l'accesso in visita a ospiti RSA è limitata	<a href="#">Disposizioni operative inerenti ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoviD-2019</a>				
	14/04/2020	Ordinanza del Presidente della Regione	Messa in quarantena del comune di Torano Castello in seguito all'identificazione del focolaio nella RSA Villa Torano. L'ordinanza dispone inoltre che il Dipartimento di Prevenzione impartisce "urgenti e immediate disposizioni per la gestione dei casi all'interno della RSA interessata", disposizioni non specificate e introvabili in rete.	<a href="#">Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoviD-2019</a>				
	24/04/2020	Ordinanza del Presidente della Regione	Applicazione dell'ordinanza n.20/2020 (tampone operatori sanitari) agli operatori delle RSA Calabresi	<a href="#">Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoviD-2019</a>	X		X	
	13/04/2020	Ordinanza del Presidente della Regione	Disposizione dell'obbligo di soggiorno in camera singola e di mascherina ai pazienti ricoverati in RSA affetti da Covid19	<a href="#">Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoviD-2019</a>	X		X	
	27/03/2020	Ordinanza del Presidente della Regione	Disposizione tamponi personale e pazienti RSA, monitoraggio positivi e isolamento in aree apposite (se possibile) o trasferimento. Isolamento fiduciario in	<a href="#">Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da CoviD-2019</a>	X		X	

			caso tampone positivo operatori.					
Sardegna	17/04/2020	Delibera del Commissario Straordinario		<a href="#">Epidemia SARS-CoV-2: interventi di prevenzione e gestione dei casi asintomatici e paucisintomatici nelle strutture socio sanitarie e socioassistenziali</a>				
	02/04/2020	Delibera del Commissario Straordinario		<a href="#">Gestione dei pazienti con infezione respiratoria da sospetto SARS-CoV-2 e dei casi COVID-19 paucisintomatici nelle Strutture Socio-Assistenziali</a>	X		X	
Sicilia	9/04/2020	News sito istituzionale	Estensione del Vademecum comportamentale anche alle RSA.	<a href="#">Coronavirus - Vademecum anticontagio anche per le RSA</a>	X		X	



## Glossario

SSN	Servizio Sanitario Nazionale
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
Lockdown	Protocollo di emergenza che impone restrizioni alla libera circolazione delle persone per diverse ragioni
SSN	Servizio Sanitari Nazionale
LEA	Livello Essenziali di Assistenza
VMD	Valutazione Multi-Dimensionale del bisogno assistenziale
ISS	Istituto Superiore di Sanità
RSD	Residenze Sanitarie per Disabili
USCA	Unità Speciale di Continuità Assistenziale
ICA	Infezioni Correlate all'Assistenza
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
DPCM	Decreto del presidente del consiglio
D.lgs	Decreto legislativo
Governance	Insieme dei principi, regole e procedure che riguardano la gestione e il governo di una società, di un'istituzione, di un fenomeno collettivo
SARS-Cov-2	Nuovo coronavirus denominato SARS-Cov-2 dall'International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV).
COVID-19	Viene così definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la malattia causata da SARS-Cov-2 caratterizzata da febbre, tosse e disturbi ("CO" sta per corona, "VI" per virus, "D" per disease e "19" indica l'anno in cui si è manifestata).
SIUSS	Sistema informativo unitario dei servizi sociali unitario
SIOSS	Sistema Informativo dell'Offerta dei Servizi Sociali
CISIS	Centro interregionale per i sistemi informatici geografici e statistici
ISEE	Indicatore della situazione economica equivalente
PAL	Piani attuativi locali
PAT	Programma delle attività territoriali
DPI	Dispositivi di protezione individuale

