

# **ANALISI E SVILUPPO DELLE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI DEL COTTOLENGO DI TORINO NEL SECOLO DELLA PANDEMIA DA COVID 19**

## **POLITECNICO DI TORINO**

Dipartimento di Ingegneria Strutturale, Edile e Geotecnica

**Corso di laurea Magistrale in Ingegneria Edile**



Tesi di Laurea Magistrale

**Relatore:**

Prof.ssa Anna Osello

**Candidato:**

Arch. Luca Colombatto

**Correlatore:**

Ing. Francesca Maria Ugliotti

Ing. Eugenio Cavallo

Arch. Cristina Cortese





## **INDICE**

### **ABSTRACT**

### **INTRODUZIONE**

## **CAPITOLO I - LE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI CON L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE**

- 1.1 IL SISTEMA RESIDENZIALE SANITARIO ASSISTENZIALE IN EUROPA
- 1.2 IL SISTEMA RESIDENZIALE SANITARIO ASSISTENZIALE IN ITALIA
- 1.3 IL QUADRO NORMATIVO DELLE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI
- 1.4 LE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI IN PIEMONTE
- 1.5 CONCLUSIONI

## **CAPITOLO II - RICERCA SULLA DIFFUSIONE DELLA PANDEMIA DA COVID 19 DURANTE IL 2020**

- 2.1 QUADRO NORMATIVO NAZIONALE PER CONTRASTARE LA PANDEMIA
- 2.2 QUADRO NORMATIVO PIEMONTESE PER CONTRASTARE LA PANDEMIA
- 2.3 MISURE EUROPEE PER IL CONTENIMENTO DELLA PANDEMIA NELLE R.S.A.
- 2.4 MISURE NAZIONALI PER IL CONTENIMENTO DELLA PANDEMIA NELLE R.S.A.
- 2.5 DIFFUSIONE DELLA PANDEMIA NELLE R.S.A. IN ITALIA ED IN PIEMONTE
- 2.6 CONCLUSIONI

## **CAPITOLO III - LA PICCOLA CASA DELLA DIVINA PROVVIDENZA DI TORINO**

- 3.1 LA STORIA
- 3.2 SVILUPPO URBANISTICO DELLA CITTADELLA
- 3.3 INQUADRAMENTO ARCHITETTONICO FUNZIONALE DEI SERVIZI
- 3.4 CONCLUSIONI

## **CAPITOLO IV - ANALISI DEI REQUISITI EDILIZI ED IMPIANTISTICI DEI FABBRICATI DELLE R.S.A. DEL COTTOLENGO DI TORINO**

- 4.1 ANALISI TIPOLOGICO COSTRUTTIVA
- 4.2 ANALISI ARCHITETTONICA
- 4.3 ANALISI IMPIANTISTICA
- 4.4 CONCLUSIONI



## **CAPITOLO V - ANALISI DEI REQUISITI LOGISTICO - FUNZIONALI DELLE R.S.A. DEL COTTOLENGO DI TORINO**

- 5.1 ANALISI SPAZIO - FUNZIONALE DEGLI AMBIENTI
- 5.2 ANALISI SPAZIO-LOGISTICO DEI PERCORSI
- 5.3 ANALISI DELLE SUPERFICI DELLE CAMERE DEI DEGENTI
- 5.4 CONCLUSIONI

## **CAPITOLO VI - ANALISI DEI REQUISITI GESTIONALI DELLE R.S.A. DEL COTTOLENGO DI TORINO**

- 6.1 IL MODELLO ASSISTENZIALE INTEGRATO
- 6.2 LE FIGURE OPERATIVE DI STRUTTURA
- 6.3 RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER REPARTO
- 6.4 CONCLUSIONI

## **CAPITOLO VII - ANALISI DEL LIVELLO DI RESILIENZA DELLE R.S.A AL COVID 19 DEL COTTOLENGO DI TORINO**

- 7.1 CRITICITA' DEFINITE DALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' DELLE R.S.A.
- 7.2 AZIONI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE MESSI IN ATTO DALLE STRUTTURE DURANTE IL PERIODO COVID
- 7.3 DIFFUSIONE DEL COVID 19 ALL'INTERNO DELL'AMBITO COTTOLENGO
- 7.4 CONCLUSIONI

## **CAPITOLO VIII - ANALISI DEI REQUISITI ESIGENZIALI DEGLI UTENTI E DEGLI OPERATORI DELLE R.S.A. DEL COTTOLENGO DI TORINO**

- 8.1 INTERVISTA AGLI UTENTI DEL REPARTO
- 8.2 ANALISI DELLA GIORNATA TIPO PER OGNI MANSIONE
- 8.3 ANALISI DEI REQUISITI STRUTTURALI DEI FABBRICATI DELL'AMBITO
- 8.4 CONCLUSIONI

## **CAPITOLO IX - PROPOSTE PROGETTUALI DI MIGLIORAMENTO DELLE R.S.A. DEL COTTOLENGO DI TORINO - FRASSATI**

- 9.1 ADEGUAMENTO DEL REPARTO ALLE ESIGENZE DETTATE DALLA PANDEMIA
- 9.2 UNA NUOVA CAMERA TIPO PER GLI OSPITI
- 9.3 UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE IMPIANTISTICA
- 9.4 CONCLUSIONI



## **CAPITOLO X - NUOVA TIPOLOGIA DI R.S.A. CONSEGUENTE ALLA PANDEMIA DA COVID 19**

- 10.1 PERCORSO LOGICO FUNZIONALE NELLO STUDIO DELLA RESIDENZA TIPO
- 10.2 NUOVI CRITERI DI QUALITA' PER L'ACCREDITAMENTO
- 10.3 PROPOSTA TIPOLOGICA TIPO
- 10.4 CONCLUSIONI

## **CAPITOLO XI - CONCLUSIONI DELLA TESI**

### **RINGRAZIAMENTI**

### **BIBLIOGRAFIA**



## ABSTRACT



### *ANALISI E SVILUPPO DELLE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI DEL COTTOLENGO DI TORINO NEL SECOLO DELLA PANDEMIA DA COVID 19*

*Il presente lavoro di tesi si pone l'obiettivo di valutare l'adeguatezza, rispetto alle nuove esigenze di sicurezza legate al Covid 19 delle residenze sanitario assistenziali presenti presso l'ambito urbano del Cottolengo di Torino proponendo una nuova tipologia tipo con relativo sistema di qualificazione per l'accreditamento pubblico.*

*L'area presa in esame rappresenta il più significativo insediamento a destinazione d'uso sanitario assistenziale, per persone non autosufficienti del Piemonte, e pertanto diventa un territorio di analisi particolarmente interessante per valutare quali eventuali azioni di miglioramento adottare in futuro, per ottimizzare il servizio sanitario offerto agli anziani e contestualmente migliorare il livello di sicurezza e benessere dei lavoratori.*

*Partendo dall'analisi esigenziale del servizio ricevuto dagli utenti ed offerto dai lavoratori, e dallo studio della diffusione del contagio degli ospiti e del personale, all'interno dei reparti, nei vari momenti della Pandemia si è valutato il livello di resilienza dell'ambito sanitario assistenziale.*

*Sono quindi state avanzate tutta una serie di proposte di miglioramento strutturale e logistico funzionale alle criticità riscontrate, nel pieno rispetto della normativa vigente, e delle indicazioni sviluppate a livello istituzionale regionale e nazionale negli specifici tavoli tecnici di approfondimento.*

*Il presente lavoro di ricerca si è quindi posto l'obiettivo di sviluppare e quindi rendere disponibili per il futuro, tutta una serie di informazioni tecniche di base, indispensabili per approfondire, in un secondo momento, in modalità BIM, i vari aspetti legati alla valorizzazione dell'ambito sanitario assistenziale del Cottolengo di Torino.*



## ABSTRACT



### *ANALYSIS AND DEVELOPMENT OF HEALTHCARE IN RESIDENCES OF COTTOLENGO IN TURIN IN THE CENTURY OF THE COVID 19 PANDEMIC*

*The aim of this thesis work is to assess the adequacy of the social and welfare residences of the Cottolengo in Turin with regard to the new security requirements linked to the Covid 19.*

*The urban area under considerations the most significant area of health care for dependent people in Piedmont, and therefore becomes a laboratory of analysis particular useful from the statistical point of view to understand what actions to take in the future to improve the quality of the service offered to guests and at the same time ensure the highest level of safety for the workers.*

*Starting from the analysis of the service received by users and offered by workers, and the study of the spread of contagion of guests and staff, at various times of the Pandemic was evaluated the level of resilience of individual departments.*

*A series of proposals were therefore put forward to adapt the buildings to the problems encountered, in full compliance with the current legislation.*

*Finally, a series of technical specifications have been defined to be applied to the current minimum structural requirements defined by the Piedmontese legislation for health care residences.*

*The work of theses sought to develop and then make available a whole series of basic technical information, essential to deepen, at a later stage, in BIM mode, all aspects related to the enhancement of the health care sector of Cottolengo in Turin.*



## INTRODUZIONE

Il desiderio di cambiamento e innovazione insito nella natura umana e la situazione Pandemica legata al covid 19 rendono questo periodo storico, particolarmente fertile per sperimentare velocemente nuove soluzioni tecniche, sociali e culturali capaci di fornire delle risposte chiare ed immediate alle nuove esigenze di sicurezza e di qualità di vita delle comunità.

Solitamente gli elementi innovativi si sviluppano con maggiore naturalezza e incisività quando le condizioni storico culturali si trovano in una fase di estrema criticità e vulnerabilità. Gli stimoli esigenziali dettati dalla pandemia invitano l'architettura e l'ingegneria a rivedere alcune scelte tipologiche edilizie consolidate nel tempo, da adeguare alle nuove esigenze della società, in costante crescita e trasformazione.

L'obiettivo prioritario della ricerca è stato quello di valutare l'adeguatezza rispetto alle nuove esigenze di sicurezza legate al Covid 19, delle RSA del Cottolengo di Torino, proponendo quindi delle specifiche azioni di miglioramento, con presentazione finale di un nuovo modello di RSA, modificato nelle sue componenti logistico strutturali.

Le persone ospitate all'interno del Cottolengo presentano per la quasi totalità dei casi gravi condizioni di disabilità fisica e psichica con necessità continuativa di un alto livello di assistenza sanitaria, comportante l'adozione di una serie di azioni tecnico/ organizzative in continua evoluzione rispetto alle caratteristiche personali dell'utente.

L'attenzione è stata posta sull'area urbana del Cottolengo di Torino, la così detta "cittadella murata" colloca nella parte denominata "Borgo Dora" tra "Porta Palazzo" e "Valdocco".

L'ambito preso in esame rappresenta, visto l'elevato carico antropico di utenti (420 posti letto distribuiti in 27 reparti ) e per personale presente, ( mediamente 200 persone a turno ), un bacino di studio particolarmente significativo per l'analisi del livello di vulnerabilità al contagio da covid 19, delle strutture sanitario assistenziali presenti in Piemonte e contestualmente capire quali interventi adottare per migliorarne il livello di resilienza.

Lo studio ha inizialmente preso in esame le problematiche presenti nei reparti, ottenendo un chiaro e semplice quadro esigenziale degli utenti della struttura ( ospiti e operatori ), dove gli ambienti interni ed esterni, vengono utilizzati in maniera differente nei vari momenti di vita dell'anziano. Ad esempio la presenza della doccia nei WC di camera, nel caso di anziani allettati a letto, che per il Cottolengo rappresentano il 90 % degli ospiti, rappresenta una tipologia di sanitario non utilizzabile quindi uno spreco di spazio, un incremento di costi, un elemento di pericolo per la possibile proliferazione della legionella, con contestualmente sovra-utilizzo del bagno assistito.



Di conseguenza la sostituzione del piatto doccia con la vasca assistita permetterebbe di utilizzare i bagni di camera per la maggior parte degli ospiti deambulanti su carrozzina, lasciando così i bagni assistiti (1 per reparto) per le persone esclusivamente trasportabili su barella, diminuendo così l'affollamento del locale (luogo comune di possibile trasmissione del covid e/o di altre forme di infezione), i tempi di attesa per gli ospiti e migliorando l'organizzazione del servizio delle OSS.

Analizzando quindi la dinamica del contagio, nei vari momenti della Pandemia, si è potuto valutare il livello di vulnerabilità dei singoli reparti, ricercando le possibili cause, proponendo così una serie di soluzioni tecniche di miglioramento ed efficientamento del servizio. Il desiderio di miglioramento continuo della qualità di vita degli anziani associato ad un naturale progresso scientifico delle conoscenze mediche e impiantistiche legate all'informatica e alla domotica, ci invitano a rivedere significativamente l'organizzazione delle stanze private e comuni, ancora legate ad impostazioni vecchie di un secolo ormai passato, non più in linea con l'evoluzione tecnologica della società.

Si è quindi andati nella direzione di progettare dei reparti e quindi delle camere capaci di aumentare il servizio di assistenza socio sanitaria per l'ospite e contestualmente alleggerire il carico di lavoro per il personale.

L'analisi del quadro esigenziale degli utenti e dei requisiti strutturali degli ambienti ha portato all'elaborazione di una serie di proposte progettuali di miglioramento degli spazi di vita dei reparti rendendo più flessibile il rapporto tra gli standard tecnici definiti dalla normativa e le nuove esigenze di prevenzione e protezione dal covid 19.

Le conoscenze tecnologiche e scientifiche di oggi devono spingerci a fornire agli utenti delle residenze sanitario assistenziali il più elevato livello di efficienza tecnologica possibile, utile per compensare quelle deficienze fisiche e psicologiche legate allo stato di salute dell'ospite.

Le strutture del futuro dovranno essere capaci di erogare un servizio assistenziale di alta professionalità sanitaria insieme ad una elevata qualità alberghiera, con una condizione naturale di progressivo e naturale invecchiamento, senza per questo dover rinunciare al diritto di poter vivere in un ambiente sano, bello e armonico.

Il lavoro di ricerca ha cercato di sviluppare e quindi rendere disponibili tutta una serie di informazioni tecniche di base, indispensabili per approfondire, in un secondo momento, in modalità BIM, quegli aspetti legati alla valorizzazione del patrimonio immobiliare della cittadella del Cottolengo nel settore sanitario assistenziale.



## CAPITOLO I - LE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI CON L'INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE

Nell'Unione Europea come longevità siamo secondi solo alla Spagna (83,5) e precediamo paesi come Francia, Svezia, Austria, Olanda. In Germania e Danimarca l'aspettativa di vita – 81 anni – è di ben 2,4 anni minore della nostra. I paesi europei dove la speranza di vita alla nascita è più bassa sono i paesi dell'est: Bulgaria (75 anni), Lituania (75,1), Romania (75,3), preceduti da Lituania, Ungheria e Slovacchia.

Nazione	Aspettativa di vita	Nazione	Aspettativa di vita
Spagna	83,5 anni	Danimarca	81
Italia	83,4	Germania	81
Francia	82,9	Polonia	77,8
Regno Unito	81,3	Ungheria	76

**ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA DI ALCUNI PAESI EUROPEI**

Negli ultimi 10 anni l'aspettativa di vita in Europa è aumentata di 1,4 anni in media e tutti i paesi europei sono cresciuti. La Germania è il Paese con la crescita più contenuta (+0,9 anni), i paesi baltici quelli con la crescita maggiore, tra i 2 e i 3 anni. Nel mondo, oltre alla Spagna, ci superano solo Giappone e Svizzera, con un'aspettativa di vita di 84 anni. Va ricordato che ancora oggi in molti paesi africani la speranza di vita alla nascita è inferiore ai 60 anni.

La media mondiale è di 72,5 anni, in crescita rapida e continua (era 52 anni nel 1960). Come noto, le donne hanno un'aspettativa di vita più lunga degli uomini. In Italia ad esempio la speranza di vita alla nascita per le donne è di 85,6 anni, contro gli 81,2 degli uomini. In compenso gli uomini italiani sono quelli che vivono più a lungo in Europa dopo gli svizzeri, dieci anni in più degli uomini di molti paesi dell'est.

### 1.1 IL SISTEMA RESIDENZIALE SANITARIO ASSISTENZIALE IN EUROPA

I Paesi europei hanno sviluppato diverse strategie di gestione dei sistemi sanitari mirate a rispondere all'evoluzione socio-demografica della popolazione. Nello specifico le politiche sociali dei principali Paesi si è sviluppata in maniera differente:

- Germania

Assicurazione sociale a carattere pubblico o misto, sistema decentrato basato sulla delegazione del potere centrale ai 16 governi federali, con spesa sanitaria rispetto al PIL pari a 10,4 % e spesa



sanitaria pro capite pari a 3.588 €, con disponibilità di personale medico ( ogni 1000 ab,) 3,45 %  
personale infermieristico ( ogni 1.000 ab) 23 %

- Francia

Assicurazione sociale a carattere pubblico o misto, con spesa sanitaria rispetto al PIL pari a 11 % e  
spesa sanitaria pro capite pari a 3.600 €con disponibilità di personale medico ( ogni 1000 ab,) 3,39  
%e personale infermieristico ( ogni 1.000 ab) 35,1 %

- Spagna

Servizio Sanitario Nazionale che delega alle regioni le modalità e l'erogazione del finanziamento al  
sistema, con spesa sanitaria rispetto al PIL pari all'8,1 % e spesa sanitaria pro capite pari a 2.671 €  
con disponibilità di personale medico ( ogni 1.000 ab,) 3,63 % e personale infermieristico ( ogni  
1.000 ab) 19,6 %

- Italia

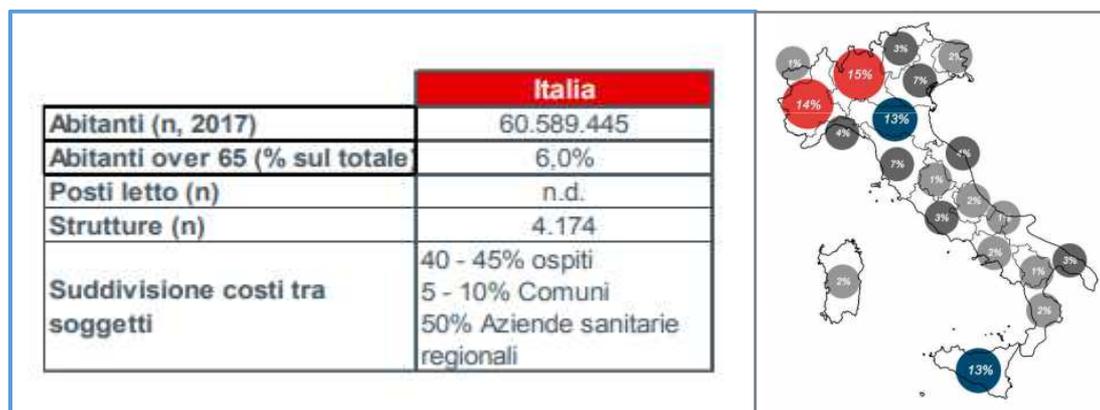
Servizio Sanitario Nazionale che si struttura su tre diversi livelli di autorità: il livello centrale, con  
Governo, Ministero della Salute e i propri organi consultivi-propositivi, che detengono i compiti di  
programmazione, indirizzo e controllo; il livello regionale, con poteri di programmazione attuativa  
e di definizione dell'organizzazione dei servizi sanitari, e il governo locale, costituito da Comuni e  
comunità montane, con spesa sanitaria rispetto al PIL pari a 8,7 % e spesa sanitaria pro capite pari a  
2.686 €,con disponibilità di personale medico ( ogni 1000 ab,) 3,69 % e personale infermieristico  
(ogni 1.000 ab) 17,6 %

	Germania	Francia	Spagna
Abitanti (n, 2017)	85.521.653	66.969.083	46.528.024
Abitanti over 65 (% sul totale)	5,3%	5,9%	5,1%
Posti letto (n)	876.000	720.000	373.000
Strutture (n)	12.400	10.500	5.420
Suddivisione costi tra soggetti	55% finanziamenti pubblici 45% fondo di assistenza	68% finanziamenti pubblici 25% assicurazione sanitaria 7% APA	40% residenti 40% enti locali 20% governo locale

**LA RIPARTIZIONE DEL COSTO SANITARIO HA INCIDENZA DIFFERENTE A SECONDA DELLO STATO**

Il bisogno di assistenza agli anziani cresce in maniera esponenziale soprattutto nelle regioni del  
Nord Italia. Da un analisi comparativa con la Francia si nota come l'Italia abbia in disponibilità un  
numero di posti letto inferiore al 50% rispetto alla Francia. La conseguenza obbligata è che ad oggi  
l'Italia presenta una lista di attesa elevata e non riesce a soddisfare tutte le richieste, e se non si

procederà a breve ad attuare una vera politica sociale a favore degli anziani, difficilmente si riuscirà a dare una risposta adeguata entro il 2035, anno in cui ci saranno più persone sopra i 65 anni che sotto i 14 anni. La maggior parte delle strutture presenti si trovano al nord ( Lombardia e Piemonte ) regioni ove è anche maggior mente presente la condizioni di nuclei famigliari senza figli e/o di single.



**RIPARTIZIONE RSA IN ITALIA**

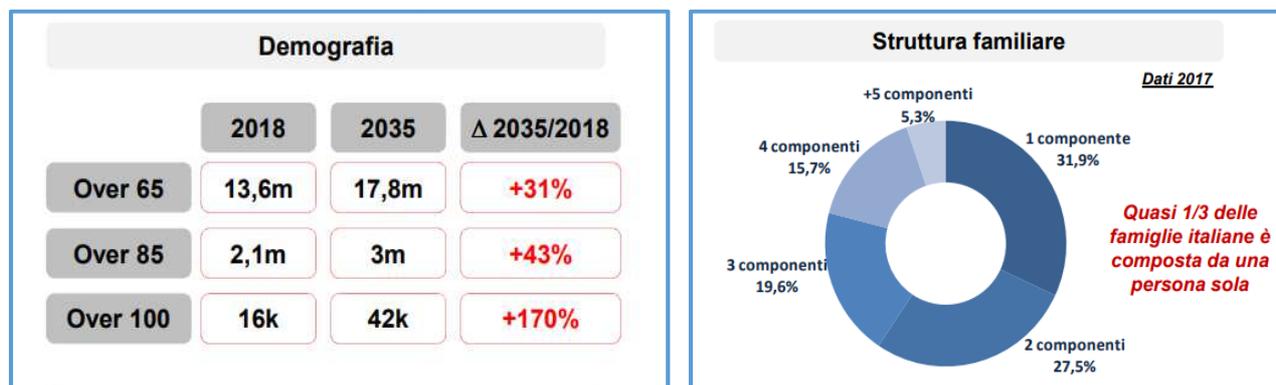
I fenomeni socio demografici tra cui l'invecchiamento della popolazione e il fenomeno della nuclearizzazione delle famiglie (ovvero, la costituzione di più nuclei familiari autonomi) e la presenza di un patrimonio edilizio esistente piuttosto vetusto e caratterizzato da schemi abitativi tradizionali, sta ponendo anche in Italia l'esigenza di creare nuove forme abitative (single housing, senior housing, studenthousing, corporate housing, etc ...) già presenti da vari anni nei paesi anglosassoni e nei principali Paesi Europei, in particolare Germania e Francia. Oltre alle R.S.A., esistono forme di abitare socio-assistenziali come il Senior Housing/Living, ovvero strutture multi-residenza, con unità abitative autonome che usufruiscono però di un sistema organizzato di servizi comuni. Questi possono includere servizi per pasti, raduni, attività ricreative e qualche forma di assistenza sanitaria o di assistenza domiciliare. Rispetto alle classiche case di riposo, quindi le residenze inserite in Retirement Communities godono di maggiore autonomia pur conservando un alto livello di servizi dedicati. Le residenze di una Retirement Home sono disponibili sia in locazione che in vendita. Le tipologie più diffuse sono gli appartamenti, anche se all'estero sono numerose le Retirement Communities composte da ville e le detached house.

## 1.2 IL SISTEMA RESIDENZIALE SANITARIO ASSISTENZIALI IN ITALIA

In Italia riescono ad arrivare a 100 anni di vita 2,45 persone ogni 10 mila abitanti. Analizzando i dati dell'Istat si riscontra che la presenza di centenari è molto più accentuata nei Comuni inferiori ai 5.000 abitanti. Il picco di centenari si è avuto nel 2015, quando erano circa 19mila; quelle sono le



persone che sono nate alla vigilia della prima guerra mondiale. L'84% delle persone che hanno compiuto i 100 anni di età sono donne. In 1.112 casi hanno superato i 105 anni: di questi, la metà vivono al Nord (563). Sono solo 21 i super centenari (persone di 110 anni e su), comunque il doppio rispetto al 2009, quando erano 10.



DEMOGRAFIA E STRUTTURA FAMILIARE

Secondo l'Istat si definisce come famiglia un insieme di persone legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela, o da vincoli affettivi, coabitanti e aventi dimora abituale nello stesso comune. Una famiglia può essere costituita anche da una sola persona.

Tipologia dei nuclei famigliari	%	Tipologia dei nuclei famigliari	%
Monogenitori	11 %	Coppie senza figli	21 %
Coppie con figli	34 %	Single	34 %

NUCLEI FAMIGLIARI ORGANIZZATI PER TIPOLOGIA

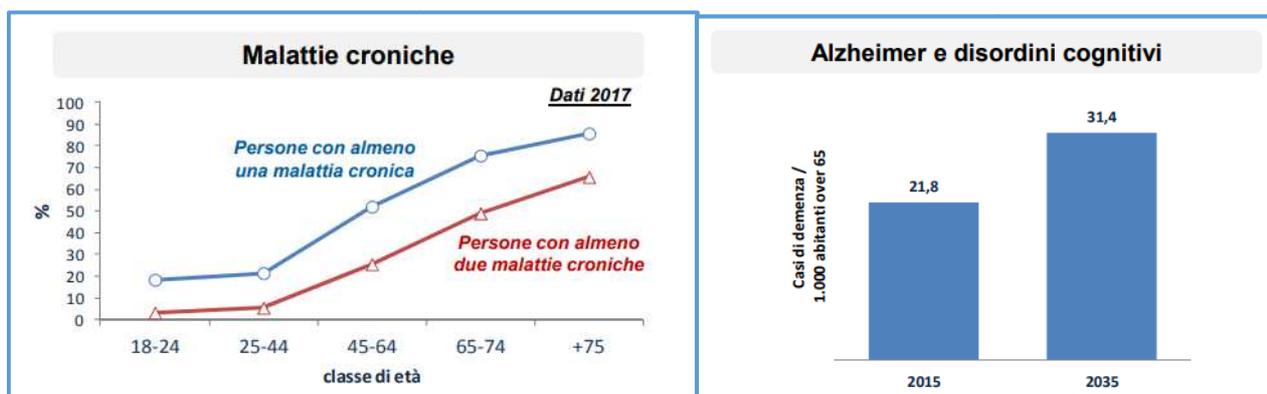
L'Italia, con circa 60 milioni di abitanti è costituita da 25,7 milioni di famiglie, di cui circa 8,6 milioni di famiglie unipersonali e 17,1 milioni di nuclei familiari di almeno due persone. Tra le famiglie italiane con almeno due persone, i nuclei senza figli sono 5,3 milioni, il 31,5% del totale. Sono 11,6 milioni le famiglie con figli, di cui 8,8 milioni di coppie e 2,8 milioni di famiglie monogenitoriali, quindi con un solo genitore con figli. I monogenitori sono in gran parte donne: 2,3 milioni sono le madri sole con figli contro i 550 mila padri. I nuclei familiari senza figli sono più presenti al nord (sfiorano il 40% in Liguria, Piemonte e Valle d'Aosta), viceversa al sud predominano le coppie con figli (il 57% in Campania e Sicilia). Nel tempo sono in crescita i dati delle coppie senza figli e dei nuclei monogenitoriali, mentre le coppie con figli sono in diminuzione, dal 56% del 2009 al 52% del 2019. Per quanto riguarda il numero di figli, prevalgono



i nuclei familiari con un figlio (circa 6,2 milioni, il 36% del totale delle famiglie italiane), seguiti dai nuclei senza figli (32%), dai nuclei con due figli (4,4 milioni, il 26%). I nuclei con tre o più figli sono circa un milione, in costante calo. I nuclei familiari numerosi sono presenti soprattutto nelle province autonome di Bolzano e Trento, Campania e Calabria e comunque, in media, più a sud che a nord. A livello regionale l'aspettativa di vita è ovunque oltre gli 82 anni. È più alta nella provincia di Trento (84,4), seguita da provincia di Bolzano, Marche, Umbria, Veneto, Toscana e Lombardia, Toscana. Tra le regioni con i dati più bassi spicca la Campania (81,9 anni), preceduta da Sicilia, Valle d'Aosta, Piemonte, Calabria, Liguria e Basilicata.

Regione	Aspettativa di vita	Regione	Aspettativa di vita
Provincia autonoma di TN	84,6 anni	Piemonte	83 anni
Provincia autonoma di BZ	84,5 anni	Valle d'Aosta	82,3 anni
Marche	84,4 anni	Sicilia	82,3 anni
Umbria	84,3 anni	Campania	81,9 anni

**ASPETTATIVA DI VITA ALLA NASCITA DI ALCUNE REGIONI ITALIANE**



**MALATTIE CRONICHE - ALZHEIMER E DISORDINI COGNITIVI**

Popolazione over 65 anni (dato Istat)	17,8 milioni
Incidenza casi demenza / 1.000 abitanti over 65 anni (dato OCSE)	31,4
Pazienti stimati con problemi cognitivi / demenza (stima UBI Banca)	559.418

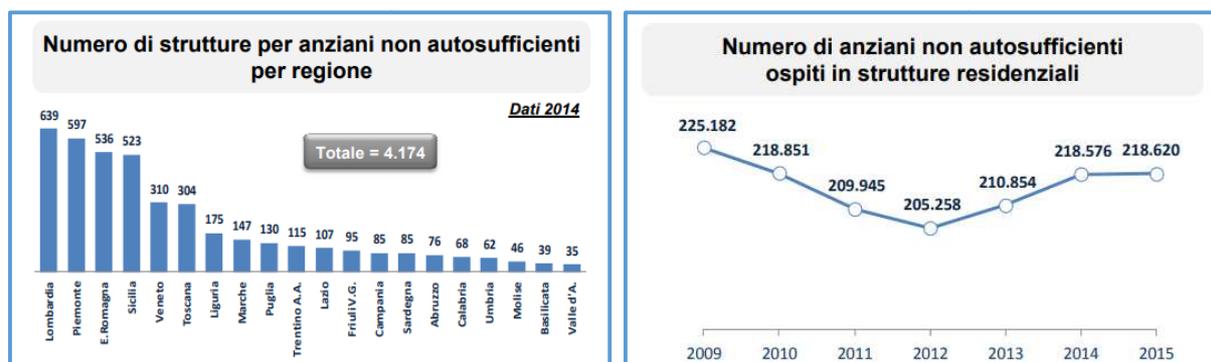
Oltre i 65 anni, età da cui una persona può definirsi anziana, più del 50 % della popolazione presenta almeno una malattia cronica con superamento dell'80 % oltre i 75 anni.



I problemi legati all'Alzheimer andranno sempre più aumentando fino al 2035 con un tasso di crescita annuo prossimo all'1%

Motivo per cui le RSA dovranno sempre di più potenziare l'aspetto sanitario del servizio erogato, diventando dei piccoli presidi sanitari ad alta specializzazione geriatrico/psichiatrico.

Gli utenti delle RSA dovranno convivere per una durata sempre maggiore con le proprie malattie croniche, grazie al progredire della medicina, di conseguenza gli edifici dovranno essere sempre più flessibili, capaci di migliorare sempre più la qualità di vita dei propri occupanti.



L'OFFERTA ATTUALE DELLE R.S.A.

Su una popolazione di anziani (età superiore ai 65 anni) di circa 1.115.930 persone pari a circa il 5% della popolazione complessiva di 4.311.217 unità il Piemonte rappresenta la seconda regione italiana per numero di strutture sanitario assistenziali per anziani non autosufficienti pari al 1,3% della popolazione residente.

**Distribuzione della popolazione 2020 in Piemonte**

Età	Celibi/Nubili	Coniugati/e	Vedovi/e	Divorziati/	Maschi	Femmine	Totale	%
0-4	152.500	0	0	0	78.00251,1%	74.49848,9%	<b>152.500</b>	3,5%
5-9	179.935	0	0	0	92.70651,5%	87.22948,5%	<b>179.935</b>	4,2%
10-14	193.003	0	0	0	99.40151,5%	93.60248,5%	<b>193.003</b>	4,5%
15-19	191.574	137	0	21	99.03451,7%	92.69848,3%	<b>191.732</b>	4,4%
20-24	193.596	4.442	5	75	104.40452,7%	93.71447,3%	<b>198.118</b>	4,6%
25-29	180.757	26.714	40	561	107.63751,7%	100.43548,3%	<b>208.072</b>	4,8%
30-34	140.405	76.068	191	2.626	111.51150,9%	107.77949,1%	<b>219.290</b>	5,1%
35-39	110.865	121.626	513	7.073	120.23950,1%	119.83849,9%	<b>240.077</b>	5,6%
40-44	102.996	170.719	1.361	14.977	144.47349,8%	145.58050,2%	<b>290.053</b>	6,7%
45-49	93.089	220.346	3.003	26.254	170.82849,8%	171.86450,2%	<b>342.692</b>	7,9%
50-54	70.158	246.901	6.169	34.051	177.03449,6%	180.24550,4%	<b>357.279</b>	8,3%



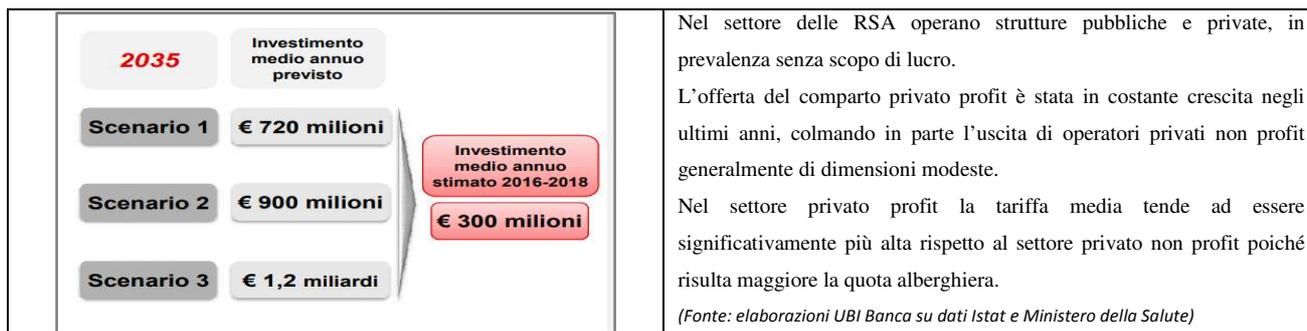
55-59	46.875	240.297	10.812	33.435	162.04548,9%	169.37451,1%	<b>331.419</b>	7,7%
60-64	30.336	217.903	16.971	25.877	141.62548,7%	149.46251,3%	<b>291.087</b>	6,8%
65-69	21.478	200.405	26.904	18.357	127.67847,8%	139.46652,2%	<b>267.144</b>	6,2%
70-74	16.843	188.687	42.493	12.968	122.70347,0%	138.28853,0%	<b>260.991</b>	6,1%
75-79	13.477	138.108	57.406	7.434	96.72844,7%	119.69755,3%	<b>216.425</b>	5,0%
80-84	11.619	98.110	75.238	4.472	79.74042,1%	109.69957,9%	<b>189.439</b>	4,4%
85-89	7.585	41.164	66.746	1.778	42.14335,9%	75.13064,1%	<b>117.273</b>	2,7%
90-94	3.789	10.255	36.356	619	14.43628,3%	36.58371,7%	<b>51.019</b>	1,2%
95-99	1.140	1.092	10.215	126	2.54920,3%	10.02479,7%	<b>12.573</b>	0,3%
100+	120	35	934	7	14213,0%	95487,0%	<b>1.096</b>	0,0%
<b>Totale</b>	<b>1.762.140</b>	<b>2.003.009</b>	<b>355.357</b>	<b>190.711</b>	<b>2.095.05848,6%</b>	<b>2.216.15951,4%</b>	<b>4.311.217</b>	100,0%

Dall'analisi degli investimenti necessari per colmare il fabbisogno di RSA vediamo come lo specifico comparto edilizio diventerà nei prossimi anni un ambito trainante dell'economia nazionale, rivolgendosi alla riqualificazione funzionale di vecchi edifici, nati per soddisfare esigenze legate ad un economia in crescita ed una fascia di popolazione giovane.

<b>2035</b>	N. Anziani non autosuff. al 2035	% Anziani assistiti in RSA	% Anziani assistiti a domicilio	N. Anziani non autosuff. in RSA	Posti letto aggiuntivi vs 2015	Investimento medio per posto letto	Investimento previsto entro il 2035
<b>Scenario 1</b>	<b>559.418</b>	<b>75%</b>	<b>25%</b>	<b>424.560</b>	<b>205.940</b>	<b>€ 70.000</b>	<b>= € 14,4 miliardi</b>
<b>Scenario 2</b>	<b>559.418</b>	<b>85%</b>	<b>15%</b>	<b>475.505</b>	<b>256.885</b>	<b>€ 70.000</b>	<b>= € 18,0 miliardi</b>
<b>Scenario 3</b>	<b>559.418</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>559.418</b>	<b>340.798</b>	<b>€ 70.000</b>	<b>= € 23,8 miliardi</b>

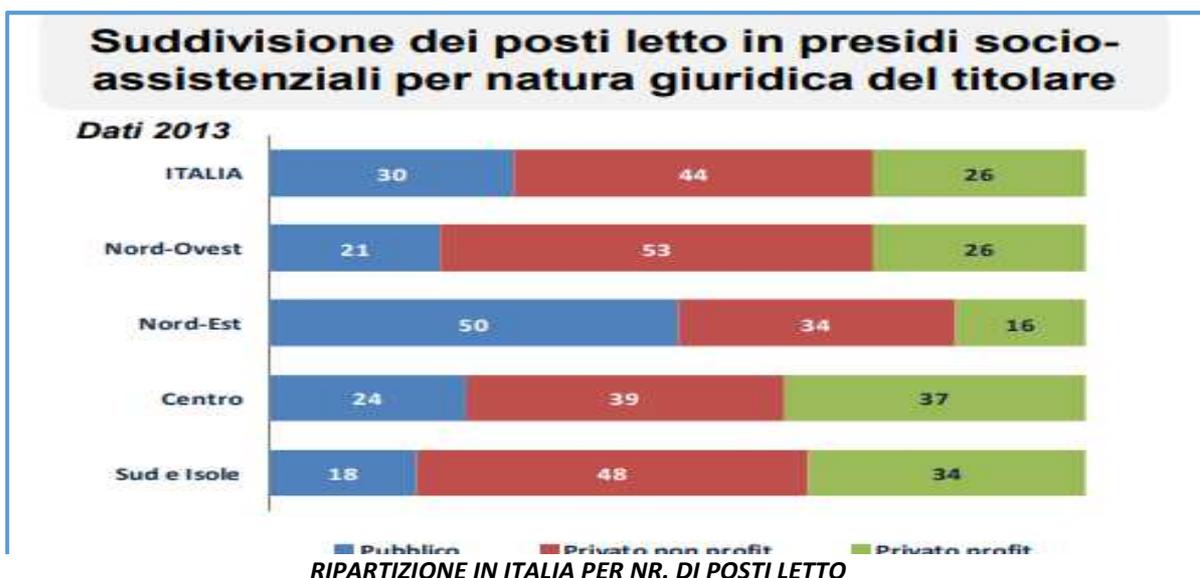
**PROIEZIONE DEGLI INVESTIMENTI POTENZIALI NEL SETTORE DELLE R.S.A. DA FONTE ISTAT**

La presenza sul mercato di maestranze con un elevato profilo artigianale e la possibilità di avere disponibile una tecnologia impiantistica sempre più elevata, permetterà di dare una risposta al grave problema occupazionale di persone con basso livello di scolarizzazione ma con grande capacità manuale.



**ANALISI ECONOMICO FINANZIARIA: DEFINIZIONE DEL CAMPIONE**

Dall'analisi del numero di aziende operanti nel settore rispetto alla totalità del servizio erogato, vediamo come la maggior parte di esse opera in ambito privato no profit con numero di posti letto medio di circa 30 unità ripartiti in 20 posti RSA e 10 posti NAT.



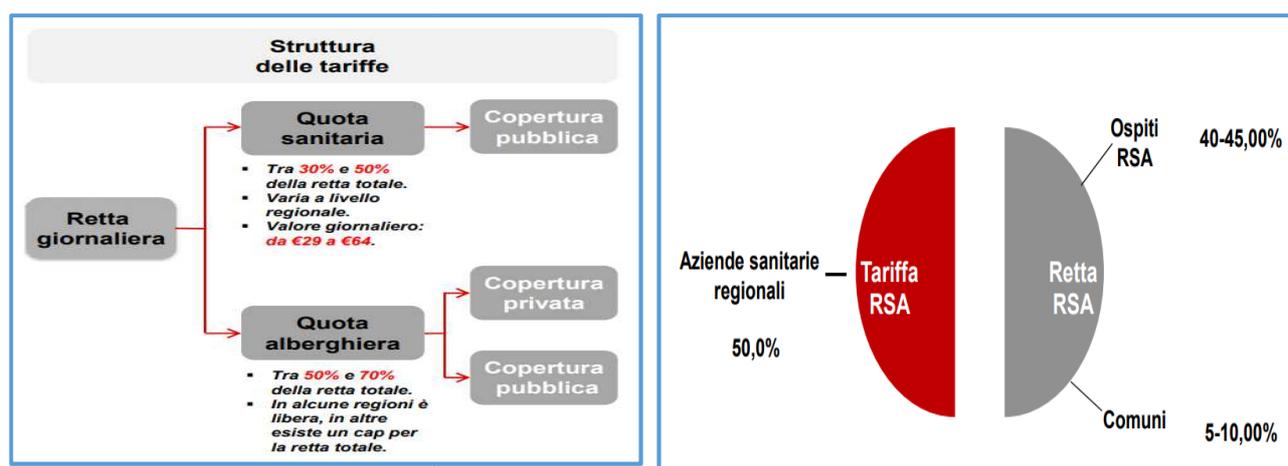
Al nord est prevalgono le strutture pubbliche mentre nel resto dell'Italia prevalgono le organizzazioni no profit di natura religiosa con una forte presenza di strutture private profit in centro al sud e nelle isole. Se consideriamo un costo persona mensile mediamente pari a 2.450,0 € per una struttura da 20 posti letto RSA e 10 NAT con necessità di assistenza sanitaria di livello medio otteniamo un costo annuo di 882.000,00 € che con un utile medio di esercizio del 5 % portano ad un volume di affari pari a 926.100,00 €. La marginalità aumenta con una disponibilità di posti letto superiore alle 70 unità. In generale si tratta di soggetti giuridici con volume di affari inferiori al milione di €.



	Settore Profit	Settore Non Profit	
< € 1 milione	413	343	
€ 1-5 milioni	246	169	
> € 5 milioni	43	57	
<b>TOTALE</b>	<b>702</b>	<b>569</b>	<b>1.271</b>

NUMERO DI AZIENDE OPERANTI RIPARTITE PER FORMA GIURIDICA

Le regioni italiane dispongono di normative regionali che identificano la definizione di tariffa e retta in modo differente stabilendo diversi principi di ripartizione dei costi.



RETTE E TARIFFE: RIPARTIZIONE DEI COSTI (INDICATIVE RISPETTO ALLA MEDIA DELLE REGIONI ITALIANE)

La definizione della tariffa è fondamentale per dare sostenibilità finanziaria al servizio, tenendo conto che la componente di costo più significativa nella definizione dell'importo è rappresentata dall'onere del personale e dalle cure sanitarie erogate, particolarmente gravose per alcune tipologie mediche croniche degenerative NAT.

### 1.3 IL QUADRO NORMATIVO DELLE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI

La normativa di riferimento è suddivisa tra normativa di rango statale e normativa regionale.

La normativa statale contiene una disciplina di carattere generale relativa a requisiti minimi, accreditamento al SSN, ripartizione dei fondi statali (Fondo Nazionale per le Politiche Sociali), esercizio dei poteri sostitutivi dello Stato in caso di inadempienza delle Regioni ruolo degli Enti



locali. (Regioni, Province, Comuni).La normativa regionale disciplina eventuali requisiti qualitativi di dettaglio aggiuntivi rispetto alla normativa statale e integra la disciplina di carattere autorizzativo.

I principali disposti normativi vigenti nel settore sono:

- D.P.C.M. 22 dicembre 1989:disciplina la localizzazione delle strutture specificando come le R.S.A. devono essere ubicate in località già urbanizzate o ben collegate con centri urbani al fine di prevenire ogni forma di isolamento degli anziani ed ogni difficoltà dei rapporti con le famiglie.
- L. 8 novembre 2000 n. 328: legge quadro sul sistema integrato di interventi e servizi sociali, all'interno del quale si collocano le RSA. In particolare, si disciplinano le funzioni di Comuni, Province, Regioni e Stato.
- D.M. 21 maggio 2001 n. 308: requisiti minimi strutturali e organizzativi per ottenere il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio da parte dei Comuni.
- D.P.C.M. 12 gennaio 2017: definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza.
- L. 11 marzo 1988 n. 67 (Finanziaria '88)Art. 20: si prevedono le fonti di finanziamento di un piano pluriennale di interventi per la realizzazione di RSA.
- D.P.C.M. 22 dicembre 1989: tipologie e requisiti dimensionali delle RSA di cui al piano pluriennale di interventi di cui all'art 20 L. 67/1988.
- D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502: riordino della disciplina in materia sanitaria (art. 8-bis e ss., autorizzazioni alla realizzazione e all'esercizio delle strutture, accreditamento e accordi contrattuali con il SSN).
- D.P.R. 14 gennaio 1997: atto di indirizzo e coordinamento sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle RSA.
- DGR PIEMONTESE del 30 luglio 2012, n. 45-4248 Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti.

La ripartizione delle funzioni per le singole specifiche attività avviene nel seguente modo:

#### STATO

- Requisiti di qualità generali della struttura e dei profili professionali
- Poteri sostitutivi in caso di inadempienza delle Regioni
- Allocazione di fondi

#### REGIONI

- Definizione di dettaglio dei requisiti qualitativi e criteri di accreditamento
- Monitoraggio e verifica



- Istituzione del registro delle RSA
- Determinazione dei criteri di definizione delle tariffe corrisposte ai Comuni per la quota assegnata agli aventi diritto
- Autorizzazione e accreditamento

#### PROVINCE

- Concorrono alla programmazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali, attraverso:
- raccolta delle conoscenze e dei dati sui bisogni e sulle risorse rese disponibili dai Comuni e da altri soggetti istituzionali a supporto del sistema informativo dei servizi sociali
- analisi dell'offerta assistenziale per promuovere approfondimenti mirati sui fenomeni sociali più rilevanti
- promozione, d'intesa con i Comuni, di iniziative di formazione

#### COMUNI

- Supporto alla programmazione regionale mediante l'adozione di piani territoriali dei fabbisogni
- Autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio (ove non diversamente allocata) e funzione di vigilanza

Gli Enti chiamati ad intervenire quando si decide di avviare una nuova RSA sono:

Il Comune dove si trova il sedime su cui sorgerà la futura struttura che ha l'onere di avviare la richiesta autorizzativa 8 ter alla Regione di competenza ed in seguito alla risposta positiva, della Regione, valutata sulla base del fabbisogno di posti letto definito periodicamente dall'ASL competente per territorio, rilasciare il permesso di costruire.

La Regione, una volta realizzata la struttura, sulla base dell'agibilità edilizia andrà quindi ad emettere il provvedimento di esercizio, e sulla base dell'accreditamento 8 ter ( per la Regione Piemonte ) potrà stipulare possibili convenzionamenti.

E' estremamente importante cercare di portare il maggior numero possibile di posti letto convenzionati con il pubblico, per dare sostenibilità finanziaria alla retta, che altrimenti graverebbe totalmente sull'ospite ricoverato e/o sulle famiglie.

In caso di impossibilità finanziaria da parte dell'ospite e della rispettiva famiglia a pagare la retta, ( dimostrato dal reddito ISEE (indicatore del grado di ricchezza del nucleo familiare) interverrà il Comune di Residenza dell'ospite.



**IL SISTEMA DELLE C.D. 3 «A» EX D.LGS. 502/1992**

#### AUTORIZZAZIONE

- Alla costruzione: rilasciata (generalmente) dal Comune previa verifica di compatibilità del progetto da parte della Regione sulla base del fabbisogno complessivo di assistenza e della localizzazione della struttura
- All'esercizio rilasciata da Regione, Comune o ASL previo accertamento dei requisiti minimi di cui al D.P.R. 14 gennaio 1997, nonché degli eventuali requisiti ulteriori previsti dalla normativa regionale

#### ACCREDITAMENTO

- Rilasciato dalla Regione a seguito della verifica in capo alle strutture del possesso dei requisiti di qualificazione e di funzionalità previsti dagli indirizzi di programmazione regionale (D.Lgs. 502/1992);
- Condizione necessaria affinché venga riconosciuto lo status di potenziale erogatore di prestazioni nell'ambito e per conto del SSN;
- Il mantenimento dell'accREDITAMENTO presuppone la costante verifica positiva in merito all'attività svolta e ai risultati raggiunti.

#### ACCORDI CONTRATTUALI

- Mediante la stipula di un contratto tra la singola RSA e la Regione/ASL vengono concordati gli obiettivi di salute e i programmi di integrazione dei servizi, nonché il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito di una medesima unità si impegnano ad assicurare nel rispetto dei requisiti di servizio da rispettare, affinché l'erogazione possa avvenire a carico del SSN.



Le residenze sanitario assistenziali sinteticamente hanno le seguenti caratteristiche:

- sono rivolte agli anziani non autosufficienti;
- sono strutture extra ospedaliere per degenze non transitorie sia di natura pubblica sia di natura privata;
- si differenziano rispetto alle strutture riabilitative per minore intensità delle cure sanitarie e tempi più lunghi di permanenza degli assistiti, con tendenza alla «ospitalità permanente»;
- si differenziano rispetto alle case di riposo, perché si rivolgono solo ad anziani che necessitano di assistenza;
- hanno una composizione di ricavi basata sostanzialmente su due elementi:
  - la quota sanitaria (tariffa) a carico del Servizio Sanitario Nazionale, per le RSA accreditate che abbiano stipulato un contratto con il SSN
  - quota alberghiera (retta) a carico dell'ospite (eventualmente con quota a carico dei Comuni in caso di indigenza)

#### 1.4 LE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI IN PIEMONTE

- Popolazione anziana ( superiore ai 65 anni ) 1.113.404 pp.
- numero totale delle strutture per anziani auto e non autosufficienti 784 per un totale di 47.000 ca posti letto
- Numero di RSA 617 di cui 599 accreditate e 18 non accreditate per un totale di 30.000 ca posti letto RSA accreditati e 2.265 posti letto RSA non accreditati.
- Posti letto accreditati 30.060 pl
- Posti letto presenti, accreditati in RSA 2,70 %
- Posti letto in costruzione 60
- Posti letto RSA parere positivo 8 ter 6.107
- Posti letto ( accreditati + in costruzione + 8 ter ) 36.227
- % posti letto totali accreditati in RSA 3,25

Per quanto riguarda le sole RSA (accreditate e non) vi sono 393 strutture che hanno posti letto inferiori o pari a 50, per un totale di ca 12.000 posti letto e una media di 31 pl (consideri che 112 strutture hanno tra i 20/24 pl, e 100 tra i 40/45 pl); vi sono 170 strutture che hanno posti letto superiori a 50 e inferiori o pari a 100, per un totale di ca 12800 pl e una media di 75 pl (ca 90 strutture hanno 60/65pl); vi sono infine 54 strutture che hanno posti letto superiori a 100 e inferiori o pari a 200, per un totale di ca 7350 pl e una media di 135 pl (23 strutture hanno 120 pl).



## 1.5 CONCLUSIONI

Dallo studio delle dinamiche demografiche europee, determinata da una popolazione anziana sempre più numerosa e mono familiare, si evince come il tema delle residenze sanitario assistenziali sarà al centro delle politiche sociali dei prossimi anni di tutti i Paesi CE.

L'edilizia residenziale per gli anziani rappresenterà il settore trainante dell'economia del mattone del prossimo futuro; la capacità nel sapere trasformare e adattare le costruzioni del passato alle esigenze del futuro, senza sprecare risorse naturali, sempre più limitate e ingiustamente ripartite, evidenzierà il vero livello di maturità raggiunto dalla nostra società.

La necessità di dare una risposta dignitosa e sostenibile al tema dell'ospitalità sanitaria assistenziale degli anziani, quindi a noi stessi, è la vera sfida da affrontare nei prossimi anni.

Pensioni sempre più basse e costi dei servizi sempre più alti devono spingerci a trovare nuovi modelli di riferimento, riportando la persona nel cuore della società.

La tecnologia sarà sicuramente un aiuto per migliorare il confort e quindi il benessere ambientale delle residenze della terza età.

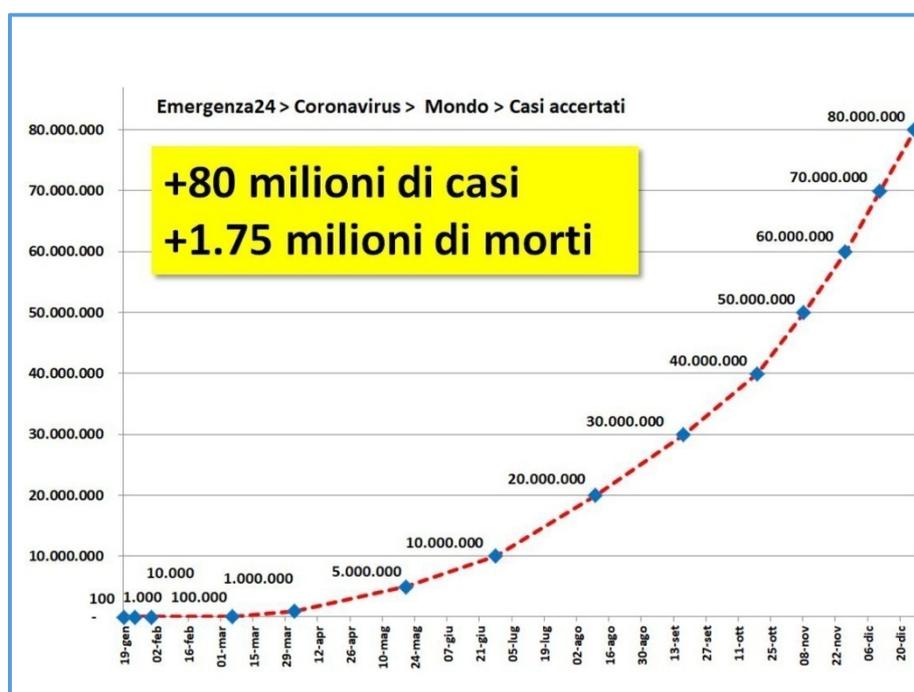


## CAPITOLO II - RICERCA SULLA DIFFUSIONE DELLA PANDEMIA DA COVID 19 DURANTE IL 2020

A partire dal mese di dicembre 2019 si sono registrate una serie di casi di polmonite da coronavirus denominato ufficialmente dal WHO COVID-19 a Wuhan in Cina ed in particolare in persone che erano presenti nell'area del mercato alimentare e ittico.

Data	Evento
08.12.2019	Il paziente Zero viene infettato a Wuhan, Hubei in Cina presso l'area del mercato del pesce
14.12.2020	Il Dip.dell'Agricoltura USA ha identificato in un visone il primo caso di coronavirus in un animale selvatico
14.12.2020	L'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO/OMS) sta investigando un nuovo ceppo del COVID-19
23.12.2020	Studio sudcoreano ipotizza diffusione in aerosol di COVID19
31.12.2020	Nuovo record di casi conclamati al mondo
31.12.2020	L'agenzia governativa Chinese Center for Disease Control and Prevention ha comunicato di aver individuato a Shanghai in una donna di 23 anni in rientro dal Regno Unito la variante inglese del COVID19 il 14.12.2020

Dall'esame dei dati si evidenzia come l'impennata dei casi è aumentata in maniera vertiginosa a livello mondiale da maggio 2020 portando il numero di contagi al 31.12.2020 a 80 Milioni con incrementi di morti di 1.75 milioni rispetto alla media del triennio precedente.





## 2.1 QUADRO NORMATIVO NAZIONALE PER CONTRASTARE LA PANDEMIA

I seguenti provvedimenti legislativi, aggiornati al 15.03.2021, rappresentano le norme, approvate dal Governo in seguito all'emergenza sanitaria internazionale:

1. Decreto-legge 13 marzo 2021, n. 30 Misure urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena. (GU Serie Generale n.62 del 13-03-2021).
2. Dpcm 2 marzo 2021 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 23 febbraio 2021, n. 15, recante «Ulteriori disposizioni urgenti in materia di spostamenti sul territorio nazionale per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19». (GU Serie Generale n.52 del 02-03-2021 - Suppl. Ordinario n. 17).
3. Decreto-legge 23 febbraio 2021, n. 15 Ulteriori disposizioni urgenti in materia di spostamenti sul territorio nazionale per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.45 del 23-02-2021)
4. Decreto-legge 12 febbraio 2021, n. 12 Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.36 del 12-02-2021)
5. Dpcm 14 gennaio 2021 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 14 gennaio 2021 n. 2, recante «Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e prevenzione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e di svolgimento delle elezioni per l'anno 2021». (GU Serie Generale n.11 del 15-01-2021 - Suppl. Ordinario n. 2)
6. Decreto-legge 14 gennaio 2021, n. 2 Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e prevenzione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e di svolgimento delle elezioni per l'anno 2021. (GU Serie Generale n.10 del 14-01-2021).



7. Delibera del Consiglio dei Ministri 13 gennaio 2021 Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. (GU Serie Generale n.15 del 20-01-2021)
8. Decreto-legge 18 dicembre 2020, n. 172 Ulteriori disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19.(GU Serie Generale n.313 del 18-12-2020) Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 29 gennaio 2021, n. 6 (GU Serie Generale n. 30-01-2021, n. 24).
9. Decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137 Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese, giustizia e sicurezza, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19. (GU Serie Generale n.269 del 28-10-2020) Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 18 dicembre 2020, n. 176 (GU Serie Generale n.319 del 24-12-2020 - Suppl. Ordinario n. 43)
10. Decreto-legge 7 ottobre 2020, n. 125 Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, per il differimento di consultazioni elettorali per l'anno 2020e per la continuita' operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l'attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020, e disposizioni urgenti in materia di riscossione esattoriale.(GU Serie Generale n. 248 del 7-10-2020)Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla Legge 27 novembre 2020, n. 159 (GU Serie Generale n.300 del 03-12-2020)
11. Decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 Misure urgenti per il sostegno e il rilancio dell'economia. (GU Serie Generale n.203 del 14-08-2020)Decreto-Legge convertito, con modificazioni, dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126 (GU n.253 del 13-10-2020 - Suppl. Ordinario n. 37)
12. Decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83 Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020 e disciplina del rinnovo degli incarichi di direzione di organi del Sistema di informazione per la sicurezza della Repubblica.(GU Serie Generale n.190 del 30-07-2020) DL convertito con modificazioni dalla Legge 25 settembre 2020, n. 124 (G.U. 28/09/2020, n. 240)
13. Delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020 Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.(GU Serie Generale n.190 del 30-07-2020)
14. Dpcm 23 luglio 2020Definizione dei criteri di priorità delle modalità di attribuzione delle indennità agli enti gestori delle strutture semiresidenziali per persone con disabilità che, in



- conseguenza dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, devono affrontare gli oneri derivati dall'adozione di sistemi di protezione del personale e degli utenti. (GU Serie Generale n. 228 del 14-09-2020)
15. Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21) Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 (GU Serie Generale n.180 del 18-07-2020 - Suppl. Ordinario n. 25)
  16. Decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33 Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 (GU Serie Generale n.125 del 16-05-2020) Decreto-legge convertito con modificazioni dalla Legge 14 luglio 2020, n. 74 (GU Serie Generale n.177 del 15-07-2020)
  17. Dpcm 12 maggio 2020Integrazione Comitato di esperti in materia economica e sociale.
  18. Decreto-legge 10 maggio 2020, n. 30 Misure urgenti in materia di studi epidemiologici e statistiche sul SARS-COV-2.(GU Serie Generale n.119 del 10-05-2020)D.L convertito con modif.dallaLegge 2 luglio 2020, n. 72 (GU Serie Generale n.171 del 09-07-2020)
  19. Decreto-legge 30 aprile 2020, n. 28 Misure urgenti per la funzionalità dei sistemi di intercettazioni di conversazioni e comunicazioni, ulteriori misure urgenti in materia di ordinamento penitenziario, nonché disposizioni integrative e di coordinamento in materia di giustizia civile, amministrativa e contabile e misure urgenti per l'introduzione del sistema di allerta Covid-19. (GU Serie Gen.n.111 del 30-04-2020) DLegge convertito con modificazioni dalla Legge 25 giugno 2020, n. 70 (in G.U. 29/06/2020, n. 162)
  20. Dpcm 10 aprile 2020 Istituzione del Comitato di esperti in materia economica e sociale.
  21. Decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 – Decreto Liquidità Misure urgenti in materia di accesso al credito e di adempimenti fiscali per le imprese, di poteri speciali nei settori strategici, nonché interventi in materia di salute e lavoro, di proroga di termini amministrativi e processuali.(GU Serie Generale n.94 del 08-04-2020) Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 5 giugno 2020, n. 40 (in G.U. 06/06/2020, n. 143)
  22. Decreto-legge 8 aprile 2020, n. 22Misure urgenti sulla regolare conclusione e l'ordinato avvio dell'anno scolastico e sullo svolgimento degli esami di Stato. (GU Serie Generale n. 93 del 08-04-2020) DL convertito con modificazioni dalla L. 6 giugno 2020, n. 41 (in G.U. 06/06/2020, n. 143).



23. Decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.79 del 25-03-2020) Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 22 maggio 2020, n. 35 (in G.U. 23/05/2020, n. 132).
24. Decreto-legge 17 marzo 2020 n. 18 - Decreto Cura Italia Misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (G.U. Serie generale – Ed. Straorn. 70 del 17 marzo 2020) DL convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 (in S.O. n. 16, relativo alla G.U. 29/04/2020, n. 110)
25. Delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020 Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili (GU Serie Generale n.26 del 01-02-2020)
26. Ordinanza del Ministro della salute 30 gennaio 2020 Misure profilattiche contro il nuovo Coronavirus (2019 - nCoV) (GU Serie Generale n.26 del 01-02-2020)

#### Misure legislative che hanno cessato la loro efficacia

1. Decreto Legge 5 gennaio 2021, n. 1 Ulteriori disposizioni urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.3 del 05-01-2021) La L. 29 gennaio 2021, n. 6 ha disposto (con l'art. 1, comma 3) che "Il decreto-legge 5 gennaio 2021, n. 1, e' abrogato. Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo decreto-legge".
2. DPCM 3 dicembre 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante: «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante: «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», nonché del decreto-legge 2 dicembre 2020, n. 158, recante: «Disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19». (GU Serie Generale n.301 del 03-12-2020)
3. Decreto Legge 2 dicembre 2020, n. 158 Disposizioni urgenti per fronteggiare i rischi sanitari connessi alla diffusione del virus COVID-19. (GU Serie Generale n.299 del 02-12-2020) La L. 29 gennaio 2021, n. 6 ha disposto (con l'art. 1, comma 2) che "Il decreto-legge 2 dicembre 2020, n. 158, è abrogato. Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi



gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo decreto-legge n. 158 del 2020".

4. Decreto Legge 30 novembre 2020, n. 157 Ulteriori misure urgenti connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (Decreto Ristori quater).(GU Serie Generale n.297 del 30-11-2020 )Decreto-Legge abrogato dalla Legge 18 dicembre 2020, n. 176 (GU Serie Generale n.319 del 24-12-2020 - Suppl. Ordinario n. 43).Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo Dl.
5. Decreto Legge 23 novembre 2020, n. 154 Misure finanziarie urgenti connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (Decreto Ristori ter).(GU Serie Generale n.291 del 23-11-2020 ) Decreto-Legge abrogato dalla Legge 18 dicembre 2020, n. 176 (GU Serie Generale n.319 del 24-12-2020 Suppl. Ordinario n. 43). Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo Dl.
6. Decreto Legge 9 novembre 2020, n. 149 Ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese e giustizia, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (Decreto Ristori bis).(GU Serie Generale n.279 del 09-11-2020 ) Decreto-Legge abrogato dalla Legge 18 dicembre 2020, n. 176 (GU Serie Generale n.319 del 24-12-2020 - Suppl. Ordinario n. 43).Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo Dl.
7. DPCM 3 novembre 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19».(GU Serie Generale n.275 del 04-11-2020 - Suppl. Ordinario n. 41) A partire dal 4 dicembre 2020 le disposizioni del Dpcm 3 novembre 2020 sono sostituite dal Dpcm 3 dicembre 2020.
8. DPCM 24 ottobre 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19». (GU



- Serie Generale n.265 del 25-10-2020).A partire dal 6 novembre 2020 le disposizioni del DPCM 24 ottobre 2020 sono sostituite dal Dpcm 4 novembre 2020.
9. Decreto Legge 20 ottobre 2020, n. 129 Disposizioni urgenti in materia di riscossione esattoriale(GU Serie Generale n.260 del 20-10-2020) Decreto-legge abrogato dalla Legge 27 novembre 2020, n. 159 (GU Serie Generale n.300 del 03-12-2020) Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo Dl.
  10. DPCM 18 ottobre 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19». (GU Serie Generale n.258 del 18-10-2020)A partire dal 26 ottobre 2020 le disposizioni del Dpcm 13 ottobre 2020,come modificato e integrato dal Dpcm 18 ottobre 2020, sono sostituite dal Dpcm 24 ottobre 2020.
  11. DPCM 13 ottobre 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19». GU Serie Generale n.253 del 13-10-2020) A partire dal 26 ottobre 2020 le disposizioni del Dpcm 13 ottobre 2020, come modificato e integrato dal Dpcm 18 ottobre 2020, sono sostituite dal Dpcm 24 ottobre 2020.
  12. Decreto Legge 11 settembre 2020, n. 117 Disposizioni urgenti per la pulizia e la disinfezione dei locali adibiti a seggio elettorale e per il regolare svolgimento dei servizi educativi e scolastici gestiti dai comuni (GU Serie Generale n. 227 del 12-09-2020) Decreto-Legge abrogato dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126 (GU n.253 del 13-10-2020 - Suppl. Ordinario n. 37) che ha disposto (con l'art. 1, comma 2) che "Restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dei medesimi decreti-legge 14 agosto 2020, n. 103, 8 settembre 2020,n. 111, e 11 settembre 2020, n. 117
  13. Decreto Legge 8 settembre 2020, n. 111 Disposizioni urgenti per far fronte a indifferibili esigenze finanziarie e di sostegno per l'avvio dell'anno scolastico, connesse all'emergenza



- epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 223 del 08-09-2020) Decreto-Legge abrogato dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126 (GU n.253 del 13-10-2020 - Suppl. Ordinario n. 37) che ha disposto (con l'art. 1, comma 2) che "Restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dei medesimi decreti-legge 14 agosto 2020, n. 103, 8 settembre 2020,n. 111, e 11 settembre 2020, n. 117
14. DPCM 7 settembre 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 222 del 07-09-2020) A partire dal 14 ottobre 2020 le disposizioni del Dpcm 7 agosto 2020, come prorogato dal Dpcm 7 settembre 2020, sono sostituite dal Dpcm 13 ottobre 2020.
  15. Decreto Legge 14 agosto 2020, n. 103 Modalità operative, precauzionali e di sicurezza per la raccolta del voto nelle consultazioni elettorali e referendarie dell'anno 2020.(GU Serie Generale n.203 del 14-08-2020) Decreto-Legge abrogato dalla Legge 13 ottobre 2020, n. 126 (GU n.253 del 13-10-2020 - Suppl. Ordinario n. 37) che ha disposto (con l'art. 1, comma 2) che "Restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base dei medesimi Decreti Legge 14 agosto 2020, n. 103, 8 settembre 2020,n. 111, e 11 settembre 2020, n. 117
  16. DPCM 7 agosto 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.198 del 08-08-2020) A partire dal 14 ottobre 2020 le disposizioni del DPCM 7 agosto 2020, come prorogato dal DPCM 7 settembre 2020,sono sostituite dal DPCM 13 ottobre 2020.
  17. Dpcm 14 luglio 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.176 del 14-07-2020). A partire dal 9 agosto le disposizioni del DPCM 11 giugno 2020, come prorogato dal DPCM 14 luglio 2020,sono sostituite da quelle del DPCM 7 agosto 2020.
  18. Decreto-legge 16 giugno 2020, n. 52 Ulteriori misure urgenti in materia di trattamento di integrazione salariale, nonche' proroga di termini in materia di reddito di emergenza e di



- emersione di rapporti di lavoro. (GU Serie Generale n.151 del 16-06-2020). Provvedimento abrogato dalla L. 17 luglio 2020, n. 77 che ha disposto (con l'art. 1, comma 2) che "Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo decreto-legge 16 giugno 2020, n. 52".
19. Dpcm 11 giugno 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.147 del 11-06-2020) A partire dal 9 agosto le disposizioni del DPCM 11 giugno 2020, come prorogato dal DPCM 14 luglio 2020, sono sostituite da quelle del DPCM 7 agosto 2020.
20. Dpcm 17 maggio 2020 Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.126 del 17-05-2020) Con DPCM 18 maggio 2020 è stato modificato l'articolo 1, comma 1, lettera cc), del DPCM 17 maggio 2020 (GU Serie Generale n.127 del 18-05-2020) A partire dal 15 giugno 2020 le disposizioni del DPCM 17 maggio 2020 sono sostituite da quelle del DPCM 11 giugno 2020.
21. Decreto Legge 10 maggio 2020, n. 29 Misure urgenti in materia di detenzione domiciliare o differimento dell'esecuzione della pena, nonche' in materia di sostituzione della custodia cautelare in carcere con la misura degli arresti domiciliari, per motivi connessi all'emergenza sanitaria da COVID-19, di persone detenute o internate per delitti di criminalita' organizzata di tipo mafioso, terroristico e mafioso, o per delitti di associazione a delinquere legati al traffico di sostanze stupefacenti o per delitti commessi avvalendosi delle condizioni o al fine di agevolare l'associazione mafiosa, nonche' di detenuti e internati sottoposti al regime previsto dall'articolo 41-bis della legge 26 luglio 1975, n. 354, nonche', infine, in materia di colloqui con i congiunti o con altre persone cui hanno diritto i condannati, gli internati e gli imputati. (GU Serie Generale n.119 del 10-05-2020 -Comunicato errata corrige GU Serie Generale n.123 del 14-05-2020) Provvedimento abrogato dalla L. 25 giugno 2020, n. 70 che ha disposto (con l'art. 1, comma 3) che "Restano validi gli atti e i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo decreto-legge 10 maggio 2020, n. 29".



22. DPCM 26 aprile 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, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale n.108 del 27-04-2020) A partire dal 18 maggio 2020 le disposizioni del Dpcm 26 aprile 2020 sono sostituite da quelle del Dpcm 17 maggio 2020.
23. DPCM 10 aprile 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale n.97 del 11-04-2020) A partire dal 4 maggio 2020 le disposizioni del Dpcm 10 aprile 2020 sono sostituite da quelle del Dpcm 26 aprile 2020.
24. DPCM 1 aprile 2020 Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale.(GU Serie Generale n.88 del 02-04-2020) A partire dal 14 aprile 2020 le disposizioni del Dpcm 1 aprile 2020 sono sostituite da quelle del Dpcm 10 aprile 2020.
25. DPCM 22 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, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale n.76 del 22-03-2020) L'allegato 1 del dpcm 22 marzo 2020 è stato modificato dal Decreto del Ministro dello Sviluppo economico 25 marzo 2020 (GU Serie Generale n.80 del 26-03-2020) Il Dpcm ha cessato di produrre effetti dalla data di efficacia delle disposizioni contenute nel Dpcm 10 aprile 2020.
26. DPCM 11 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, applicabili sull'intero territorio nazionale. (G.U. Serie Generale n. 64 del 11/03/2020) Il Dpcm ha cessato di produrre effetti dalla data di efficacia delle disposizioni contenute nel Dpcm 10 aprile 2020.
27. DPCM 9 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, applicabili sull'intero territorio nazionale. (G.U. Serie Generale n. 62 del 09/03/2020). Il Dpcm ha cessato di produrre effetti dalla data di efficacia delle disposizioni contenute nel Dpcm 10 aprile 2020.



28. Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14 Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19. (GU Serie Generale n.62 del 09-03-2020) Decreto-legge abrogato dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 (art. 1, comma 2). Restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo decreto-legge.
29. 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, applicabili sull'intero territorio nazionale (GU Serie Generale n.59 del 08-03-2020) In riferimento al Dpcm 8 marzo 2020, il Ministro dell'interno ha emanato la Direttiva n. 14606 del 08/03/2020 destinata ai Prefetti per l'attuazione dei controlli nelle "aree a contenimento rafforzato". Il Dpcm ha cessato di produrre effetti dalla data di efficacia delle disposizioni contenute nel Dpcm 10 aprile 2020.
30. Decreto Legge 8 marzo 2020, n. 11 Misure straordinarie ed urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenere gli effetti negativi sullo svolgimento dell'attività giudiziaria. (GU Serie Generale n.60 del 08-03-2020) Abrogato dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 (art. 1, comma 2). Restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo decreto-legge.
31. DPCM 4 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, applicabili sull'intero territorio nazionale (GU Serie Generale n.55 del 04-03-2020). Il Dpcm ha cessato di produrre effetti dalla data di efficacia delle disposizioni contenute nel Dpcm 8 marzo 2020.
32. Decreto Legge 2 marzo 2020, n. 9 Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 (GU Serie Generale n.53 del 02-03-2020). Abrogato dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 (art. 1, comma 2). Restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo decreto-legge.
33. DPCM 1 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 (GU Serie Generale n.52 del 01-03-2020) Il Dpcm ha cessato di produrre effetti dalla data di efficacia delle disposizioni contenute nel Dpcm 8 marzo 2020.



34. Decreto Legge 23 febbraio 2020, n. 6 Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 (GU Serie Generale n.45 del 23-2-2020)Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 5 marzo 2020, n. 13 (in GU 09/03/2020, n. 61). Abrogato dal decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 (art. 5 c. 1 lett. a) ad eccezione degli articoli 3, comma 6-bis, e 4;

## 2.2 QUADRO NORMATIVO PIEMONTESE PER CONTRASTARE LA PANDEMIA

Di seguiti vengono elencati gli atti ed i provvedimenti amministrativi adottati per evitare la diffusione del COVID-19 sul territorio piemontese e per la ripartenza delle attività economiche.

1. Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 12 marzo 2021, n.36 Nello specifico l'ordinanza - anticipa la chiusura dei mercati non alimentari da domenica 14 marzo 2021;vieta il raggiungimento delle seconde case per sabato e domenica;dispone la chiusura delle aree attrezzate e delle aree gioco nei parchi (salvo possibilità del Sindaco di derogare garantendo la supervisione degli stessi);ribadisce la possibilità di entrare ad un solo membro per nucleo familiare ( escluso minori ) nei negozi di piccola e grande distribuzione.
2. Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 1 marzo 2021, n.35 Ulteriori misure in relazione al territorio dei Comuni di Borgo San Dalmazzo,Boves,della Provincia di Cuneo.
3. Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 5 marzo 2021, n.33 Da lunedì 8 marzo 2021 didattica a distanza con due fasce di intervento in base al rischio.
4. Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 5 marzo 2021, n.32 Disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
5. Decreto del Presidente della Giunta Regionale 4 marzo 2021, n. 31 Ulteriori misure in relazione al territorio del Comune di Crescentino, nella Provincia di Vercelli.
6. Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 2 marzo 2021, n.30 Ulteriori misure in relazione al territorio dei Comuni di Bagnolo Piemonte, Barge, Crissolo, Envie, Gambaasca, Martiniana Po, Oncino, Ostrana, Paesana, Revello, Rifreddo, Sanfront, nella Provincia di Cuneo, e Bricherasio, Scalenghe, nella Città Metropolitana di Torino.
7. Decreto del Presidente della Giunta Regionale 26 febbraio 2021, n. 28 Ulteriori misure in relazione al territorio dei Comuni di Craveggia, Druogno, Malesco, Re, Santa Maria Maggiore, Toceno e Villette nella provincia del Verbano Cusio Ossola e Cavour nella Città Metropolitana di Torino.
8. Decreto del Presidente della Giunta Regionale 23 febbraio 2021, n. 26 Segnalazioni dovute da chi fa rientro dall'estero sul territorio della Regione Piemonte.



9. Decreto del Presidente della Giunta Regionale 19 febbraio 2021, n. 25 Misure in relazione al territorio dei Comuni di Craveggia, Druogno, Malesco, Re, Santa Maria Maggiore, Toceno, Villette.
10. Decreto del Presidente della Giunta Regionale 12 febbraio 2021, n. 20 Disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in materia di igiene e sanità pubblica con linee di indirizzo per l'organizzazione delle Istituzioni Scolastiche in Piemonte.
11. Decreto del Presidente della Giunta Regionale 9 febbraio 2021, n. 17 Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19. in materia di igiene e sanità pubblica con richiamo delle disposizioni in materia di spostamenti con veicoli Euro 4 Diesel di cui al D.P.G.R. n. 3 del 9 gennaio 2021.
12. Decreto del Presidente della Giunta Regionale 30 gennaio 2021, n. 15 Linee di indirizzo per l'organizzazione delle Istituzioni Scolastiche in Piemonte.
13. Decreto del Presidente della Giunta regionale 30 gennaio 2021, n. 14 Disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.
14. Decreto del Presidente della Giunta regionale del 15 gennaio 2021, n. 6 Linee di indirizzo per l'organizzazione delle Istituzioni Scolastiche in Piemonte.
15. Decreto del Presidente della Giunta regionale del 15 gennaio 2021, n. 5 Dispone con l'eccezione di farmacie, parafarmacie, studi medici e presidi sanitari la chiusura di qualunque esercizio di vendita al dettaglio e di servizi alla persona – anche tramite apparecchi automatici purché non riservati alla rivendita di generi di monopolio –dalle ore 22,00 alle ore 5,00. Nelle giornate festive e prefestive sono chiusi gli esercizi commerciali presenti all'interno dei mercati, dei centri commerciali, gallerie commerciali, parchi commerciali, altre strutture ad essi assimilabili a eccezione delle farmacie, parafarmacie, presidi sanitari, punti vendita di generi alimentari, di prodotti agricoli e florovivaistici, tabacchi, edicole e librerie. E' fatto divieto di vendita per asporto di bevande alcoliche – anche tramite apparecchi automatici – dalle ore 20,00 alle ore 7,00 agli esercenti di attività commerciali al dettaglio, agli esercenti di attività di somministrazione di alimenti e bevande. L'attività dei servizi di ristorazione (fra cui, a titolo esemplificativo, bar, pub, ristoranti, gelaterie, pasticcerie) è consentita per il solo asporto, con divieto di consumazione sul posto o nelle adiacenze. La consegna a domicilio resta sempre consentita.
16. Decreto del Presidente della Giunta regionale del 9 gennaio 2021, n. 3 Con questa ordinanza viene sospesa fino al 31 gennaio, a causa dell'emergenza sanitaria in atto, la limitazione alla



circolazione dei veicoli Euro 4 diesel. Anche questa tipologia di veicoli potrà, quindi, essere utilizzata per spostamenti motivati da comprovate esigenze lavorative o situazioni di necessità (tra cui l'accompagnamento dei figli presso le istituzioni scolastiche) o d'urgenza ovvero per motivi di salute o per consentire il rientro presso il proprio domicilio, dimora o residenza.

17. Decreto del Presidente della Giunta regionale del 5 gennaio 2021, n. 1 Ritorno in classe in presenza dal 7 gennaio per le elementari e le medie didattica a distanza al 100% per le scuole superiori fino al 16 gennaio (ad eccezione degli studenti con esigenze speciali e delle attività di laboratorio) e lezioni in presenza dal 18 gennaio compatibilmente con l'andamento dell'epidemia.
18. Decreto del Presidente della Giunta regionale del 28 novembre 2020, n. 132 Linee di indirizzo per l'organizzazione delle Istituzioni Scolastiche in Piemonte.
19. Decreto del Presidente della Giunta regionale del 28 novembre 2020, n. 131 Revoca del D.P.G.R. n. 127 del 6 novembre 2020.
20. Decreto del Presidente della Giunta regionale del 19 novembre 2020, n. 130 Sospensione delle misure emergenziali di restrizione della circolazione.
21. Decreto del Presidente della Giunta regionale del 6 novembre 2020, n. 127 Si recepisce il DPCM del 3 novembre 2020, firmato dal Presidente del Consiglio, e la successiva ordinanza del Ministro della Salute del 4 novembre 2020.
22. Decreto Presidente della Giunta Regionale n.123- 30 ottobre 2020 A decorrere dal 2 novembre 2020, nelle Istituzioni Scolastiche Secondarie di Secondo Grado, Statali e Paritarie, comprese quelle in cui sono attivi i percorsi di secondo livello dell'istruzione degli adulti (C.P.I.A.), l'attività didattica in presenza è sospesa e sostituita dalla didattica digitale a distanza fino al 24 novembre 2020, per tutte le classi del ciclo di istruzione, fatte salve le attività curriculari di laboratorio previste dai rispettivi ordinamenti didattici e la frequenza in presenza degli alunni con bisogni educativi speciali.
23. Decreto Presidente della Giunta Regionale n.120 - 26 ottobre 2020 Detta disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 conformandole con i contenuti del Dpcm del 24 ottobre 2020 e revoca i DD.P.G.R. n. 111 del 20 ottobre 2020 e n. 114 del 22 ottobre 2020.
24. Decreto Presidente della Giunta Regionale n.119 - 26 ottobre 2020 Stabilisce, tenendo conto delle disposizioni del Dpcm del 24 ottobre, che l'avvio della didattica a distanza nelle



superiori slitti al 27 ottobre e che la quota iniziale, “non inferiore al 50%”, diventi “almeno il 75%”.

25. Decreto Presidente della Giunta Regionale 23 ottobre 2020 Da lunedì 26 ottobre e fino al 13 novembre 2020 saranno vietati in tutto il Piemonte gli spostamenti dalle 23 alle 5 del mattino dopo. Faranno eccezione comprovate esigenze lavorative, situazioni di necessità e urgenza, motivi di salute oppure il rientro a casa o presso la propria dimora, che dovranno essere certificate con autodichiarazione.
26. Decreto Presidente della Giunta Regionale n.114 – 22 ottobre 2020 Disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. in materia di igiene e sanità pubblica con integrazioni al D.P.G.R. n. 111 del 20 ottobre 2020.
27. Decreto Presidente della Giunta Regionale n.112 - 20 ottobre 2020 Disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. in materia di igiene e sanità pubblica. Linee di indirizzo per l'organizzazione delle Istituzioni Scolastiche in Piemonte". Stabilisce che dal 26 ottobre 2020 le scuole superiori statali e paritarie dovranno adottare, per una quota non inferiore al 50%, la didattica digitale integrata in tutte le classi del ciclo in modalità alternata alla didattica in presenza, con l'esclusione delle classi prime di ogni tipologia di indirizzo e/o articolazione.
28. Decreto Presidente della Giunta Regionale n.111- 20 ottobre 2020 Disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. in materia di igiene e sanità pubblica con revoca del D.P.G.R. n. 109 del 16 ottobre 2020 e sostituzione del Decreto n.109 stabilendo dal 24 ottobre la chiusura dei centri commerciali il sabato e la domenica(ad esclusione degli esercizi di vendita di generi alimentari, farmacie e studi medici, locali di ristorazione e tabaccherie). Inoltre, conferma la chiusura notturna, dalla mezzanotte alle 5, di tutte le attività commerciali al dettaglio (ad eccezione delle farmacie) e il divieto di vendita di alcolici dopo le ore 21 in tutte le attività commerciali (anche attraverso apparecchi automatici), escluso il servizio di consumazione al tavolo negli esercizi di ristorazione. Ribadite anche le altre disposizione del Decreto n.109.
29. Decreto Presidente della Giunta Regionale n.110- 16 ottobre 2020 Linee di indirizzo per la fase successiva alla riapertura delle scuole in Piemonte. Disposizioni attuative per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. L'ordinanza proroga l'obbligo per le scuole di verificare che le famiglie abbiano effettivamente misurato la febbre a casa agli studenti.



30. Decreto Presidente della Giunta Regionale n.109 - 16 ottobre 2020 L'ordinanza riallinea al DPCM del 13 ottobre le disposizioni di contenimento del Covid-19 previste sul territorio regionale e contiene alcune novità: divieto di vendita di alcolici dopo le ore 21 in tutte le attività commerciali, escluso il servizio di consumazione al tavolo negli esercizi di ristorazione;obbligo per i ristoranti di tenere un registro quotidiano delle presenze e dei contatti di tutti i clienti che usufruiscono del servizio al tavolo;dalla mezzanotte tra sabato 17 e domenica 18 ottobre la chiusura notturna di tutte le attività commerciali al dettaglio (da mezzanotte alle 5), fatta salva l'attività delle farmacie. Viene confermata l'operatività dell'Unità di Crisi che, con effetto immediato, riprende la sua attività h24 fino al 31.01.2021. Inserito anche l'obbligo per tutte le strutture residenziali socio-assistenziali di iscriversi alla piattaforma di monitoraggio covid e di caricare con regolarità l'aggiornamento dei propri dati (su più di 700 strutture, solo 500 al momento utilizzano la piattaforma).
31. Decreto Presidente della Giunta regionale n. 105 - 7 ottobre 2020 Linee di indirizzo per la riapertura delle scuole in Piemonte. Disposizioni per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da covid-19. in materia di igiene e sanità pubblica.
32. Decreto Presidente della Giunta regionale n. 104 - 7 ottobre 2020Proroga al 15 ottobre 2020 delle ordinanze n. 85 del 10 agosto 2020, modificato e integrato con i DD.P.G.R. n. 92 del 7 settembre 2020 e n. 94 del 9 settembre 2020, e al D.P.G.R. n. 99 del 19.09.2020.
33. Decreto Presidente della Giunta Regionale n.102 - 2 ottobre 2020 Si introduce l'obbligo di indossare la mascherina anche all'aperto in tutte le aree pertinenti delle scuole di ogni ordine e grado o antistanti ad esse (ad esempio parcheggi, giardini, piazzali e marciapiedi davanti agli ingressi e alle uscite degli istituti). Il provvedimento comprende anche tutti i luoghi di attesa, salita e discesa del trasporto pubblico scolastico.
34. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 99 - 19 settembre 2020 In Piemonte, come previsto dal Governo, dal 20 settembre è possibile tornare a giocare il Campionato di Serie A di calcio in presenza di pubblico. Sarà consentita, in base a quanto definito dal Cts, una presenza di massimo 1.000 persone e nel rispetto di rigidi protocolli di sicurezza.
35. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 95 - 9 settembre 2020 Viene regolamentata la misurazione della temperatura agli studenti in vista della partenza ufficiale dell'anno scolastico il 14 settembre. La responsabilità della rilevazione è stata affidata dal Governo alle singole famiglie, ma il Piemonte introduce per le scuole l'obbligo di verificarlo. In particolare, la Regione raccomanda a tutti gli istituti di misurare la temperatura agli alunni prima dell'ingresso a scuola. Qualora l'istituto, per ragioni oggettive e comprovate, non



- fosse nelle condizioni di farlo, dovrà prevedere un meccanismo di verifica quotidiana (attraverso una autocertificazione che potrà essere fornita sul registro elettronico, sul diario o su un apposito modulo) per controllare che la temperatura sia stata effettivamente misurata dalla famiglia. Nel caso in cui uno studente dovesse presentarsi senza tale autocertificazione, la scuola avrà l'obbligo di misurare la febbre per consentirne l'ingresso in classe. L'ordinanza è valida fino al 7 ottobre 2020.
36. Decreto Presidente Giunta Regionale n. 88 - 27 agosto 2020 Si dispone l'apertura dei servizi per l'infanzia 0-3 anni dal 31 agosto 2020.
  37. Decreto Presidente Giunta Regionale n. 85 - 10 agosto 2020 Si rendono valide fino al 7 settembre le attuali misure in vigore in Piemonte.
  38. Decreto Presidente Giunta Regionale n. 84- 31 luglio 2020 linee guida per la proroga al 10 agosto degli effetti dei disposti delle ordinanze numero 68, 72, 75, 76, 77 e 82 del 2020.
  39. Decreto Presidente Giunta Regionale n. 82 - 17 luglio 2020 Si autorizza, dal 18 luglio, la ripresa di calcetto, volley, basket, judo e tutti gli altri sport di contatto, alla luce dei pareri favorevoli espressi dal Settore Prevenzione dell'Assessorato alla Sanità della Regione, degli esperti dei gruppi di lavoro tecnico-scientifici che ne hanno valutato la compatibilità con l'attuale situazione epidemiologica del Piemonte, e dell'ultimo Report 9 della Fase 2, trasmesso dal Ministero della Salute, che mostra un basso livello di rischio e allerta zero. L'ordinanza ha validità fino al 31 luglio 2020.
  40. Decreto Presidente Giunta Regionale n. 77 - 15 luglio 2020 Proroga al 31 luglio gli effetti dei disposti delle ordinanze numero 68, 72, 75 e 76 del 2020.
  41. Decreto Presidente Giunta Regionale n. 76 - 11 luglio 2020 Reintroduzione a partire dall'11 luglio, della possibilità di consultazione di giornali e quotidiani all'interno di bar ed esercizi pubblici. Potrà riprendere anche il gioco a carte nei circoli ricreativi. L'ordinanza è stata emanata alla luce dei pareri favorevoli del Settore Prevenzione dell'Assessorato regionale alla Sanità e degli esperti dei gruppi di lavoro tecnico-scientifici che ne hanno valutato la compatibilità con l'attuale situazione epidemiologica, che anche nell'ultimo Report 8 della Fase 2 trasmesso dal Ministero della Salute indica in Piemonte un basso livello di rischio e zero allerte. Tutte le attività andranno svolte nel rispetto delle apposite Linee guida approvate dalla Giunta regionale.
  42. Decreto Presidente Giunta Regionale n. 75 - 3 luglio 2020 Il provvedimento dispone che dal 10 luglio sia consentita la ripresa del trasporto a pieno carico, limitatamente ai posti a sedere, nelle linee extraurbane di treni, autobus (di linea e turistici), sui taxi e nel trasporto



con conducente, sempre nel rispetto delle “Linee guida” approvate dalla Conferenza delle Regioni in accordo con il Governo. Dal 9 luglio verrà inoltre consentita l’apertura di sale da ballo e discoteche, con le attività di danza svolte esclusivamente in spazi esterni e nel rispetto delle relative Linee guida. L’ordinanza autorizza infine, subito dalla sua emanazione, l’accesso ai locali di qualsiasi attività tuttora sospesa per lo svolgimento di attività di vigilanza, manutenzione, pulizia e sanificazione, nonché per la ricezione in magazzino di beni e forniture, sempre nel rispetto delle misure di sicurezza.

43. Decreto Presidente Giunta Regionale n. 72 - 29 giugno 2020 Nel rispetto delle linee guida previste a livello nazionale, autorizza la formazione in presenza in modo più esteso, non solo quindi nel caso dei laboratori o delle altre attività non eseguibili in smartworking. In particolare, tutte le attività di formazione (compresa la formazione teorica in aula), i servizi al lavoro e i servizi di orientamento alle scelte e alle professioni per adolescenti e giovani possono essere svolte in presenza, anche in gruppo, in conformità alle relative Linee guida (Allegato n. 9 al DPCM 11/06/2020). Inoltre, può essere svolta l'attività di formazione teorica in aula anche da parte delle scuole private(ad esempio corsi di lingua e di musica) nel rispetto delle Linee guida di riferimento. Via libera anche ai parchi tematici e di divertimento. L'ordinanza n. 72 è valida fino al 14 luglio 2020.
44. Decreto Presidente Giunta Regionale n. 68 - 13 giugno 2020 Sono consentite le attività ludiche, ricreative ed educative per i bambini e i ragazzi da 0 a 17 anni, in strutture chiuse o all’aria aperta e con l’ausilio di operatori, nel rispetto dei protocolli di sicurezza definiti dalla Regione Piemonte e delle Linee guida nazionali. Le visite nelle RSA, in linea con il Decreto dell’11 giugno, sono limitate ai casi previsti dalle direzioni sanitarie delle strutture, adottando le misure di prevenzione e sicurezza previste dal Dpcm. Da lunedì 15, inoltre, riaprono in Piemonte centri benessere e centri termali, circoli culturali, centri sociali e sale gioco, secondo le rispettive Linee guida approvate dalla Conferenza delle Regioni in accordo con il Governo. Riaprono anche, teatri, cinema e sale concerti. Gli spettacoli aperti al pubblico sono consentiti anche in altri spazi e all’aperto sempre nel rispetto delle apposite Linee guida. Lo svolgimento delle manifestazioni pubbliche, invece, in linea con quanto previsto dal decreto nazionale, è consentito solo in forma statica.
45. Decreto Presidente Giunta Regionale n. 68 – 13 giugno 2020 Linee guida per la riapertura delle Attività Economiche e Produttive dell'11,06.2020;Linee di indirizzo per gli impianti a fune.



46. Chiarimenti al Decreto Presidente Consiglio dei Ministri - 11 giugno 2020 Piano territoriale regionale per la riattivazione delle strutture semiresidenziali e delle attività educative territoriali/domiciliari per persone con disabilità e minori con problematiche psico-socio-relazionali
47. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 50 - 2 maggio 2020 Si disciplina, tra le varie misure, anche l'obbligo di mascherine in tutti i luoghi chiusi aperti al pubblico (trasporti inclusi), il blocco delle slot machines, la cura dei cavalli, la toelettatura degli animali, lo spostamento verso le seconde case. Efficacia dal 4 maggio al 17 maggio.
48. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 49 - 30 aprile 2020 l'attività di ristorazione da asporto sarà consentita da lunedì 4 maggio (nel comune di Torino a partire da sabato 9 maggio).
49. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 47 - 20 aprile 2020 Si prevede la chiusura di tutti gli esercizi commerciali nelle giornate del 25 aprile e 1 maggio, ad eccezione di farmacie, parafarmacie e di tutti gli esercizi dedicati alla vendita esclusiva di prodotti sanitari.
50. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 43 - 13 aprile 2020 Proroga fino al 3 maggio delle misure attualmente in vigore per il contenimento del Coronavirus, con la quale Regione Piemonte prosegue con la linea del rigore del più Decreto 39.
51. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 41 - 9 aprile 2020 La chiusura al pubblico di tutti gli esercizi commerciali dalle ore 13.00 del 12 aprile sino alla mezzanotte del 13 aprile 2020. Si intendono chiusi anche i mercati. Nel rispetto dei propri orari di apertura, restano escluse dal presente divieto le farmacie, le parafarmacie e tutti gli esercizi dedicati alla vendita esclusiva di prodotti sanitari. Resta concessa la possibilità di apertura anche alle aree di servizio attive sui tratti autostradali ed agli impianti di distribuzione dei carburanti attivi sulla rete stradale ed autostradale.
52. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 40 - 7 aprile 2020 Si raccomanda di provvedere alla rilevazione sistematica della temperatura corporea anche ai clienti presso i supermercati e le farmacie, oltre che ai dipendenti dei luoghi di lavoro, se aperti. A seguito del rilevamento della temperatura corporea uguale o superiore a 37,5° C è previsto il divieto assoluto di mobilità dal proprio domicilio o residenza.
53. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 39 - 6 aprile 2020 Si prescrive il divieto di ogni spostamento in entrata e in uscita dal Comune, salvo che per quelli motivati da comprovate esigenze lavorative, situazioni di necessità o per motivi di salute. È fatto divieto



di effettuare ogni spostamento verso abitazioni diverse da quella principale, comprese le seconde case utilizzate per vacanza. La sospensione dell'attività degli Uffici Pubblici regionali, provinciali e comunali, fatta salva l'erogazione dei servizi essenziali ed indifferibili come individuati dalle Autorità competenti d'intesa con il Prefetto. I mercati settimanali siano consentiti esclusivamente garantendo specifiche modalità di accesso scaglionato per evitare assembramenti anche attraverso l'utilizzo di transenne e comunque sempre alla presenza della Polizia Locale che deve limitarne l'accesso ad un singolo componente per nucleo familiare, salvo comprovati motivi che richiedano l'accompagnamento. Si raccomanda di provvedere alla rilevazione sistematica della temperatura corporea anche ai clienti presso i supermercati e le farmacie, oltre che ai dipendenti dei luoghi di lavoro, se aperti. A seguito del rilievo di temperatura corporea uguale o superiore a 37,5° C è previsto il divieto assoluto di mobilità dal proprio domicilio o residenza per i soggetti sottoposti alla misura della quarantena ovvero risultati positivi al virus. E' data la possibilità a chi svolge mansioni di collaborazione domestica (colf) di poter svolgere la propria attività solo in presenza di esigenze comprovate e indifferibili. La sospensione delle attività dei servizi di ristorazione (fra cui bar, pub, ristoranti, gelaterie, pasticcerie). Sono consentiti i servizi di mensa e del catering continuativo su base contrattuale, i servizi resi nell'ambito di strutture pubbliche e private, istituti penitenziali, strutture sanitarie e sociosanitarie e di sostegno alle fasce fragili della popolazione, garantendo il rispetto delle misure previste dall'accordo Governo-Parti Sociali. Resta consentita la sola ristorazione con consegna a domicilio nel rispetto delle norme igienico-sanitarie e di protezione personale sia per l'attività di confezionamento che di trasporto. La chiusura degli studi professionali, salvo l'utilizzo del lavoro agile, con esclusione dello svolgimento delle attività indifferibili ed urgenti o sottoposte a termini perentori di scadenza ivi effettuate. Sono esclusi dalla presente chiusura tutti gli studi medici e/o sanitari e di psicologia. Viene incentivato il lavoro agile in tutti i casi possibili, fatti salvi quelli ove sia necessario il rispetto dei termini perentori di scadenza e tale necessità non possa essere ovviata attraverso il lavoro agile stesso. La chiusura di tutte le strutture ricettive comunque denominate e con conseguente sospensione dell'accoglienza degli ospiti. È fatta salva l'individuazione delle strutture che possono permanere in servizio per esigenze collegate alla gestione dell'emergenza (pernottamento di medici, isolamento di pazienti, quarantena, pernottamento di parenti etc.) ivi compreso il regolare esercizio dei servizi essenziali. Nel caso di uscita con l'animale di compagnia per le sue necessità fisiologiche, la persona sia



obbligata a rimanere nelle immediate vicinanze della residenza o domicilio, con obbligo di documentazione agli organi di controllo del luogo di residenza o domicilio. La chiusura di palestre, centri sportivi, piscine, centri natatori, centri benessere, centri termali, centri culturali, centri sociali e centri ricreativi. Resta concessa, per i gestori, la possibilità di effettuare le attività di manutenzione ordinaria indifferibili ed indispensabili per garantire la funzionalità minima dell'impianto. Raccomandazione che le attività di vendita di generi alimentari e di prima necessità garantiscano un accesso prioritario ai medici, farmacisti, infermieri, operatori socio sanitari (OSS), membri delle Forze dell'Ordine, della Protezione Civile, soccorritori e volontari muniti di tesserino di riconoscimento". Resta inteso che fra le figure professionali cui garantire un accesso prioritario alle attività di vendita di generi alimentari e di prima necessità sono ricompresi anche i membri delle Forze Armate.

54. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 38 - 6 aprile 2020 E' consentito al servizio di trasporto pubblico non di linea per la consegna a domicilio di beni, spesa e medicinali. Il servizio dovrà essere svolto nel rispetto di tutte le disposizioni anti-contagio. La tariffa per la consegna a domicilio avrà un tetto massimo di 7,50 euro per le consegne nel raggio di 2,5 km, di 10 euro al massimo nell'ambito del medesimo comune e di 15 euro al massimo nell'ambito di più comuni. Non saranno consentiti ulteriori indennizzi o sovrapprezzi.
55. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 35 - 29 marzo 2020 Ulteriori misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da covid-19
56. Decreto Presidente della Giunta Regionale n. 34 - 21 marzo 2020 Una ulteriore stretta sulle misure necessarie a contrastare in modo decisivo il corona virus è stata decisa oggi dalla Regione Piemonte. Il provvedimento prevede, tra le misure principali:
- l'apertura dei mercati, che saranno possibili solo dove i sindaci potranno garantire il contingentamento degli accessi e il non assembramento, anche grazie all'utilizzo di transenne e sempre con il presidio costante dei vigili urbani;
  - l'accesso agli esercizi commerciali è limitato ad un solo componente del nucleo familiare, salvo comprovati motivi di assistenza ad altre persone;
  - la chiusura degli uffici pubblici e degli studi professionali, fatta salva l'erogazione dei servizi essenziali ed indifferibili (con possibilità di attuare lo smartworking);
  - lo stop agli spostamenti verso le seconde case;
  - il divieto di sosta e assembramento davanti ai distributori automatici "h24";
  - il blocco delle slot machine con disattivazione dei monitor da parte degli esercenti;
  - restano aperte le edicole, le farmacie, le parafarmacie e i tabaccai (dove dovrà essere in ogni caso garantita la distanza di sicurezza interpersonale di un metro);

- dove possibile, dovrà effettuarsi la rilevazione sistematica della temperatura corporea presso i supermercati, le farmacie e i luoghi di lavoro;
- fermo dell'attività nei cantieri, ad eccezione di quelli di interesse strategico;
- Il divieto di assembramento di più di due persone nei luoghi pubblici.

### 2.3 MISURE EUROPEE PER IL CONTENIMENTO DELLA PANDEMIA NELLE R.S.A.



Le strutture residenziali per anziani sono stati i luoghi più esposti all'attacco del covid 19 in tutti i paesi del mondo. Il numero di decessi per covid 19 nelle strutture residenziali per anziani varia molto da nazione a nazione ma si ritiene che la percentuale di decessi correlati al covid 19 nelle strutture residenziali europee sia mediamente del 40% del totale dei morti (ma con oscillazioni comprese tra il 24% e l'82%). Per questo, in molti paesi si sono prese una serie di iniziative, alcune un po' tardivamente, per proteggere le strutture, fra cui quella di rafforzare il servizio medico, di riorganizzare il servizio di assistenza secondo un principio di isolamento, di eseguire periodicamente tamponi antigenici e molecolari al personale e agli ospiti, ed altre misure di sicurezza. Al fine di affinare e comparare gli interventi che si sono adottati, sono state raccolte quelle iniziative europee da ritenersi utili per capire, che in generale gli Stati si sono parlati ed hanno adottato chi prima e chi dopo le stesse macro azioni di intervento.



Le principali macro azioni di intervento con evidenza dei Paesi che per primi hanno introdotto la specifica azione, in seguito adottata anche dalle altre nazioni, sono state:

1. Linee di Indirizzo Nazionale con attuazione delle misure operative a livello locale

Gli approcci all'organizzazione nel settore dell'assistenza variano da Paese a Paese. Tutti hanno avuto una strategia nazionale per il settore, ma l'attuazione e l'applicazione sono state differenti:

l'Inghilterra e la Germania hanno invitato le singole strutture ad avere una partecipazione attiva e propositiva nella gestione dell'epidemia, con una supervisione diretta da parte dei Comuni e delle autorità sanitarie locali. In alcuni paesi, si è spostata la governance per consentire l'approvvigionamento centralizzato di attrezzature e dispositivi di protezione individuali (Estonia, Germania, Islanda, Malta) con l'istituzione di task force per l'assistenza a lungo termine (Ungheria, Islanda, Germania, Grecia). In un piccolo numero di paesi (in particolare Ungheria e Irlanda), le strutture sono state tenute a nominare un coordinatore COVID al fine di definire una chiara responsabilità in caso di epidemia

2. Messa in quarantena dei casi positivi e/o sospetti covid

Laddove una struttura residenziale ha identificato un caso positivo di COVID-19 o ha un ospite con sospetto COVID-19, l'approccio generale è stato quello di cercare di isolare e mettere in quarantena la persona interessata. In Inghilterra, laddove una struttura non fosse in grado di attuare una quarantena efficace, è stata affidata all'autorità locale la responsabilità di trovare una sistemazione alternativa adeguata per spostare la persona interessata. L'Irlanda ha chiesto la collaborazione degli hotel per accogliere le persone dimesse dagli ospedali prima dell'accoglienza nelle strutture residenziali in modo da garantire che le strutture fossero preparate e che i pazienti risultassero negativi al COVID. Nella Repubblica Ceca le strutture residenziali sono state tenute a riservare il 10% dei loro posti letto per l'accoglienza dei casi sospetti o infetti.

3. Rafforzamento dell'assistenza medica in struttura

Un fattore che è emerso in diversi paesi è la mancanza di assistenza medica all'interno delle strutture residenziali creando particolari difficoltà in strutture in cui il trasferimento in ospedale è stato esplicitamente scoraggiato (ad esempio Inghilterra, Francia, Norvegia, Paesi Bassi). Per ovviare a questo, in alcuni paesi è stato assegnato un supporto medico alle strutture per evitare il



ricovero in ospedale. Il Lussemburgo ha richiesto alle strutture di avere una presenza medica 24 ore su 24, 7 giorni su 7, per seguire i malati residenti e la Francia ha incoraggiato le visite dei medici offrendo una maggiore remunerazione dopo aver detto alle strutture, in una prima fase, di ridurre al minimo tali visite. L'Austria richiede ai suoi ospedali di offrire assistenza alle strutture sotto forma di personale, competenze e attrezzature.

#### 4. Divieto di visita dei parenti presso le strutture

Uno degli approcci chiave per ridurre il rischio di infezione nei paesi esaminati è stato quello di vietare le visite alle strutture residenziali, diverse da quelle essenziali o in circostanze eccezionali (ad esempio alla fine della vita). Tuttavia, il tempo in cui si è stabilito tale divieto è variato da un paese all'altro. La Repubblica Ceca e l'Islanda hanno agito più velocemente (il 2 e il 6 marzo, rispettivamente), la Repubblica Ceca ha agito il giorno dopo il suo primo caso di COVID-19 nel paese. Finlandia, Francia e Norvegia hanno seguito l'esempio a metà marzo. La Svezia ha imposto un divieto il 30 marzo e Inghilterra, Ungheria e Grecia hanno imposto il divieto a partire dall'inizio di aprile. Per alcuni paesi è diventato però altrettanto chiaro che l'allontanamento fisico dei familiari dalle strutture di residenziali sarebbe stato dannoso per il benessere degli ospiti per cui le regole, man mano che la situazione migliorava, sono state modificate per consentire un contatto con famiglie e amici. In Austria i visitatori singoli possono fissare appuntamenti preferibilmente per incontrarsi in un'area all'esterno della struttura ed è obbligatoria una maschera (con protezione naso-bocca). In Francia le visite ai parenti in strutture residenziali sono stati autorizzate di nuovo dal 20 di aprile, anche se in condizioni rigide. Nei Paesi Bassi, le strutture residenziali hanno creato modi per i residenti di vedere e parlare con i parenti usando luoghi a prova di virus, casette da giardino, modalità telefoniche o altre soluzioni. Le strutture residenziali della Germania hanno iniziato a consentire ai loro residenti di avere visitatori con realizzazione di complessi piani di sicurezza che consentono ai residenti di avere regolarmente contatti faccia a faccia con un parente stretto o con amici.

#### 5. Gestione del personale interno alle strutture

Mentre alcuni paesi hanno fornito una formazione aggiuntiva per il personale (ad esempio Belgio e Francia), l'obiettivo della maggior parte dei paesi relativamente alla forza lavoro è stato quello di aumentare l'offerta di personale (Belgio, Germania, Irlanda, Svizzera). L'Islanda ha adottato misure speciali per mettere in quarantena tutto il personale delle strutture interessate e portare personale



sostitutivo da altre aree del paese. Numerosi paesi (ad es. Austria, Germania, Islanda, Svizzera) hanno schierato le forze armate per fornire qualsiasi cosa, dalle cure alla consegna di pasti, ai tamponi o all'approvvigionamento di attrezzature. Di fronte alla carenza di personale alcuni paesi hanno compiuto sforzi per aumentare le assunzioni temporanee. L'Inghilterra ha lanciato una campagna di reclutamento per attirare nuovi operatori e riportare al lavoro pensionati del settore. La Francia ha assunto personale ausiliario e volontari; la Norvegia ha vietato al personale sanitario e di assistenza di lasciare il Paese. L'Irlanda ha cercato di ridurre al minimo la circolazione del personale tra le diverse strutture. C'è stato anche un accordo che consente al Servizio sanitario nazionale di redistribuire il personale pubblico nelle strutture residenziali private su base volontaria. Nei Paesi Bassi, le strutture residenziali per anziani possono reclutare operatori sanitari con ampia flessibilità (ad es. studenti di medicina) mentre in Slovenia, dei team medici possono essere utilizzati nelle strutture residenziali se il personale dipendente delle stesse si riduce o viene sopraffatto dal lavoro. In Germania, le strutture residenziali possono discostarsi da alcune regole sul personale. Tre stati federali (Baviera, Brema e Renania-Palatinato) hanno creato un registro online dove poter registrare le persone con qualifiche pertinenti all'assistenza ma che attualmente non esercitano nelle strutture. In Baviera, questi volontari possono essere liberati da altri impieghi e continuare a ricevere i loro redditi normali per lavorare nelle strutture residenziali per anziani.

La Germania ha cercato di impedire lo spostamento del personale tra le strutture.

Inoltre, gli operatori sanitari tedeschi ricevono un bonus una tantum (fino a € 1.000) per riconoscere il loro lavoro durante la pandemia. Numerosi Stati federali hanno annunciato che integreranno il bonus in modo che il personale sanitario possa ricevere un importo esente da imposte e previdenza sociale fino a € 1.500.

Inoltre, la Baviera sostiene finanziariamente il catering per il personale che opera nelle strutture residenziali per anziani. Anche la Francia ha deciso di concedere un bonus straordinario a tutte le persone che lavorano nelle strutture residenziali pubbliche o private.

In pratica, l'importo del premio è fissato in € 1.500 per le persone che lavorano in uno dei 33 dipartimenti più colpiti dall'epidemia e in € 1.000 per gli altri. Il personale di assistenza domiciliare riceverà questo bonus alle stesse condizioni. Nel Regno Unito, Scozia e Galles hanno aumentato i salari e offerto speciali bonus una tantum per incentivare il personale.

L'Estonia ha raccomandato al personale di rimanere nella struttura 24 ore al giorno per la durata di un turno di cinque giorni.

In assenza di una linea guida nazionale, alcune strutture in Inghilterra hanno scelto di attuare un modello di turni simile per il personale che ha dormito in struttura per un periodo di tempo.



#### 6. Centralizzazione degli appalti per la fornitura dei Dispositivi di Protezione Individuali

Quasi tutti i paesi hanno avuto problemi nel reperimento dei dispositivi di protezione individuali (DPI) per le loro strutture residenziali o difficoltà negli appalti (ad esempio Belgio, Finlandia, Germania, Irlanda, Malta, Regno Unito). Diversi paesi hanno gestito questo problema centralizzando l'approvvigionamento di DPI per regioni (ad es. Repubblica Ceca, Danimarca, Estonia, Finlandia, Germania, Grecia, Malta), mentre altri (ad esempio l'Inghilterra) hanno lasciato alle singole strutture o alle autorità locali l'onere di procurarseli. Il governo olandese è diventato l'acquirente centralizzato dei dispositivi di protezione. La loro distribuzione è attenta al rischio, il che significa che solo gli operatori sanitari di assistenza a rischio saranno dotati di DPI.

#### 7. Esecuzione di Tamponi per gli ospiti delle strutture

I programmi di screening con tamponi sono stati ampliati con il progredire della pandemia. Molti Paesi hanno avuto problemi logistici nell'approvvigionamento del materiale e nell'organizzazione delle attività, rallentando così il servizio. Alcuni hanno iniziato con un approccio relativamente focalizzato, testando solo le persone con sintomi. Con il passare del tempo è diventato chiaro che il covid-19 può essere diffuso dalle persone asintomatiche, per cui i test diagnostici sono stati eseguiti anche agli anziani senza sintomi.

La Danimarca ha cominciato a testare tutti gli ospiti delle strutture dal 27 aprile mentre l'Inghilterra ha promesso di offrire tamponi a tutti, poi ha incontrato problemi logistici e scarsa chiarezza su quale organizzazione dovesse essere responsabile della supervisione dell'operazione. La Spagna e la Svizzera richiedono anche il tampone post mortem per verificare la presenza o meno del covid-19. Nella Repubblica Ceca e ora in Inghilterra, tutti i nuovi ospiti devono essere testati con il tampone prima di essere autorizzati a trasferirsi nelle strutture. In Austria il governo prevede di testare tutte le persone che vivono nelle strutture residenziali e di aumentare i test per le persone ospedalizzate per facilitare la loro dimissione verso le strutture residenziali. In Irlanda, le persone che ricevono assistenza nelle strutture residenziali sono incluse come gruppo prioritario per i test. In Germania, le regole per i test variano leggermente tra gli stati federali, ma la maggior parte degli stati richiede test per tutte le persone che ricevono assistenza che sono state in contatto con un caso confermato covid-19. La Germania ha stabilito la priorità di tracciamento dei contatti in contesti di assistenza residenziale raccomandando il monitoraggio clinico quotidiano dei residenti delle strutture. Si registra, infine, un certo dibattito in tutta Europa sul fatto che la politica di mantenere



gli ospiti che si erano dimostrati positivi per covid-19 all'interno delle strutture residenziali abbia favorito la diffusione del virus.

#### 8. Esecuzione di Tamponi per il personale delle strutture

La politica sui tamponi per il personale si è evoluta durante il periodo di crisi e varia da paese a paese. Per esempio, in Inghilterra il tampone per il personale assistenziale non è stato introdotto fino al 24 aprile, per cui al personale con sintomi è stato ordinato di auto-isolarsi. Dal 3 maggio, il tampone per tutto il personale (compresi quelli che sono asintomatici) è stato disponibile anche se con alcuni problemi logistici e di capacità di realizzarli. La Repubblica Ceca e la Danimarca hanno stabilito la necessità di ripetere i test per il personale asintomatico o per gli operatori con un test negativo, che pertanto vengono nuovamente testati a intervalli regolari (7-14 giorni). In Irlanda, il personale viene sottoposto a screening per i sintomi due volte al giorno. Inoltre, le persone che forniscono assistenza nelle strutture residenziali sono incluse come gruppo prioritario per i test. In Austria il governo prevede di testare tutte le persone che lavorano nelle strutture residenziali e di aumentare i test per le persone ospedalizzate per facilitare la loro dimissione verso le strutture residenziali. In Slovenia, i team medici itineranti effettuano test nelle strutture residenziali. In Germania, le regole per i test variano leggermente tra gli stati federali, ma la maggior parte degli stati richiede test per tutte le persone che forniscono assistenza in contatto con un caso confermato covid-19. In alcuni stati federali tutti i residenti delle strutture e il personale devono essere testati se viene confermato un caso covid-19. La Germania ha stabilito la priorità di tracciamento dei contatti in contesti di assistenza residenziale raccomandando il monitoraggio clinico quotidiano del personale delle strutture.

#### 9. Finanziamenti pubblici alle strutture

Riconoscendo che le strutture residenziali stanno affrontando un aumento dei costi (ad es. per i DPI extra, per le malattie del personale e per la riduzione dei nuovi ricoverati), in alcuni paesi è stato fornito un sostegno finanziario alle strutture: in Irlanda, alcuni di questi sono stati forniti direttamente alle strutture, nel caso dell'Inghilterra e della Svezia, il finanziamento aggiuntivo è stato dato alle autorità locali che lo hanno assegnato a loro discrezione. La Germania ha cercato di compensare i gestori di strutture per la scarsa occupazione di posti letto, mentre i costi aggiuntivi dei DPI e altri costi sono in gran parte coperti dalla assicurazione tedesca sulla non autosufficienza. Nei Paesi Bassi, un sostegno finanziario per il settore è stato previsto per il mese di giugno. In Francia, il governo ha annunciato il pagamento di 475 milioni di euro aggiuntivi alle strutture



residenziali per anziani per consentire loro di affrontare i costi aggiuntivi della crisi sanitaria e la loro perdita di entrate. In totale, compresi altri interventi, sono stati stanziati oltre 900 milioni di euro in aiuti a chi presta assistenza agli anziani. In Austria, sono stati stanziati 100 milioni di euro per sostenere il settore dell'assistenza a lungo termine. Alcuni di questi finanziamenti sono stati destinati ad espandere la capacità di posti letto di assistenza residenziale per le persone che non possono essere curate adeguatamente a casa propria e per fornire pagamenti una tantum di € 500 agli operatori stranieri che forniscono assistenza domiciliare.

#### 10. Vulnerabilità delle strutture con l'allentamento del lockdown

Purtroppo i tassi complessivi di infezione in Europa continuano a salire ponendo serie preoccupazioni per le strutture sanitario residenziali soprattutto quando viene allentato il lockdown. È difficile in questa fase della crisi, accertare quali misure siano state più o meno efficaci e in che misura i fattori contestuali pre-esistenti (ad esempio carenza di forza lavoro sanitaria assistenziale, carenza di DPI, problemi di finanziamento e di integrazione con l'assistenza sanitaria territoriale, mancanza di procedure di sicurezza adeguate, mancanza di adeguata formazione del personale e della società in genere) abbiano contribuito a rendere estremamente difficile il contrasto all'infezione. L'organizzazione, l'amministrazione e il finanziamento delle strutture residenziali sono estremamente variabili nei vari Paesi e altrettanto diverse sono le mentalità delle persone.

#### 2.4 MISURE NAZIONALI PER IL CONTENIMENTO DELLA PANDEMIA NELLE R.S.A.





La pandemia di COVID-19 in Italia ha avuto le sue manifestazioni epidemiche iniziali il 31 gennaio 2020, quando due turisti provenienti dalla Cina sono risultati positivi al virus SARS-CoV-2 a Roma. Un focolaio di infezioni di COVID-19 è stato successivamente rilevato il 21 febbraio 2020 a partire da 16 casi confermati in Lombardia, a Codogno, in provincia di Lodi. Le prime misure urgenti per evitare la diffusione del COVID-19 sono state approvate con il D.L. n.6 del 23/2/2020. Le misure sono rivolte essenzialmente alla popolazione e non vi sono provvedimenti che coinvolgono le strutture residenziali per anziani. Le prime norme correlate al COVID-19 che riguardano le strutture residenziali per anziani compaiono 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 (tabella 1).

Atto normativo	Data	Contenuti
D.P.C.M.	08.03.2020	Accesso dei parenti limitato a quelli autorizzati dalla direzione sanitaria
Circ..Min. Salute n. 11715	25.03.2020	Tamponi e DPI per il personale; strutture dedicate per pazienti covid 19
Circ. Min. Salute n. 7865	03.04.2020	Priorità tamponi diagnostici per ospiti e operatori RSA
Circ.Min. Salute n. 13468	18.04.2020	Indicazione per ridurre rischi di contagio e gestire gli anziani con covid 19
D. Min. Salute	30.04.20	Definizione per gli indicatori per monitoraggio dell'epidemia

**(TABELLA 1) Norme e indirizzi nazionali correlati al COVID-19 riguardanti le strutture residenziali per anziani**

### Il DPCM dell'8/3/2020

La prima importantissima norma arriva con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020(art. 2) che stabilisce chl'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione”.

Sono già passati 16 giorni dai primi casi italiani di infezioni. In questo periodo alcune strutture avevano già preso provvedimenti in questo senso, altre avevano ridotto la possibilità di accesso alle strutture ed altre ancora avevano continuato l'attività senza restrizioni significative della possibilità di accesso alle strutture.

La norma finalmente forniva un punto di riferimento importante ma, purtroppo , arrivava tardi dato che la chiusura alle visite stabilita l'8 di marzo, per effetto dei tempi di infezione e incubazione, ha prodotto effetti sugli ospiti delle strutture fino alle due settimane successive.



Il DPCM, inoltre, stabilisce che l'accesso di parenti e visitatori alle strutture residenziali per anziani è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura. Questa formulazione pone un problema che si riproporrà in tutti gli atti successivi che riconducono tutte le diverse strutture residenziali per anziani alla sola tipologia delle RSA. Secondo il quadro normativo nazionale, che le regioni hanno variamente interpretato, le strutture residenziali per anziani sono invece riconducibili ad almeno 4 tipologie che sono caratterizzate dalla diversa tipologia di ospiti e dalla diversa dotazione di strutture, organizzazione e personale (tabella 2).

Codice e denominazione	Prestazione	Strutture tipiche	Standard assistenziali*
R2 Unità d'offerta Residenziali Estensive	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali Estensive a persone non autosufficienti con elevata necessità di tutela sanitaria (come ad esempio: cure mediche e infermieristiche quotidiane, trattamenti di recupero funzionale, somministrazione di terapie e.v., nutrizione enterale, lesioni da decubito profonde etc.).	RSA	Assistenza medica: 160 minuti / die per nucleo; Infermiere h 24; Assistenza globale > 140 min.; Assistenza infermieristica > 45 min.
R2D Unità d'offerta Residenziale a persone con demenza senile	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziale a persone con demenza senile nelle fasi in cui il disturbo mnemonico è associato a disturbi del comportamento e/o dell'attività che richiedono trattamenti estensivi di carattere riabilitativo, riorientamento e tutela personale in ambiente «protetto».	RSA demenze; Nuclei Alzheimer RSA	Assistenza: 120 minuti / die per nucleo; Infermiere h 12; Assistenza globale > 140 min.; Assistenza infermieristica > 36 min.
R3 Unità d'offerta Residenziali di mantenimento	Trattamenti erogati in Unità d'offerta Residenziali di lungoassistenza e di mantenimento, anche di tipo riabilitativo, erogate a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela Sanitaria (Unità d'offerta residenziale di Mantenimento).	Residenze protette; Case protette	Assistenza medica: 80 minuti / die per nucleo; Infermiere h 8; Assistenza globale > 100 min.; Assistenza infermieristica > 20 min.
Case di riposo ed altre strutture per anziani autosufficienti	Strutture residenziali comunitarie per anziani autosufficienti.	Case di riposo ed altre strutture per anziani autosufficienti	"eventuali prestazioni sanitarie programmate in relazione alle specifiche esigenze dell'utenza ospitata assimilabili alle forme di assistenza rese a domicilio" (DM 308/2001)

Fonte: Ministero del Lavoro, della Salute e delle politiche sociali Decreto 17/12/2008; Decreto Ministro Solidarietà sociale n. 308 del 21/5/2001.

Note: \*Per Guardia Medica h 24, si intende la presenza del medico su 24 ore nella struttura nel suo insieme. L'assistenza indicata come copertura oraria (h.) è riferita alle ore di copertura per nucleo. L'assistenza globale è riferita al totale dei minuti lavorati giornalmente da infermieri, OSS, terapisti, per nucleo, per ospite (tot minuti / 20); la specifica "assistenza infermieristica" è un "di cui".

**TABELLA 2 –CLASSIFICAZIONE DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI**

A proposito della direzione sanitaria citata dalla normativa occorre precisare che le RSA, in effetti, hanno una direzione sanitaria ma tutte le altre strutture per anziani (residenze protette, case di riposo, case protette, ecc.) che costituiscono la maggioranza dei posti letto non hanno una direzione sanitaria perché la normativa non la prevede. Per tutte queste strutture, chi deve prendere



la decisione di ammettere o meno i parenti, il medico di medicina generale dell'ospite o la direzione amministrativa della struttura.

### Circolare del Ministero della Salute del 25/3/2020

Il 25 marzo del 2020 il Ministero della Salute ha aggiornato con una nuova circolare le linee di indirizzo organizzative dei servizi in corso di emergenza covid -19 fornendo indicazioni organizzative anche per i servizi territoriali. Il Ministero, attraverso la circolare, esprime la consapevolezza della necessità di iniziative immediate di carattere straordinario ed urgente, a livello territoriale, così da contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, sia al fine di contenere la diffusione del contagio, sia con funzione di filtro, necessario a frenare l'afflusso negli ospedali. La circolare si concentra su due aspetti:

- a. la presa in carico territoriale dei pazienti covid-19;
- b. le Residenze sanitarie assistite (RSA);

Nel paragrafo dedicato alle RSA i messaggi importanti sono cinque:

1. Attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio delle RSA ed il rafforzamento dei setting assistenziali. La circolare comprende l'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio nonché il rafforzamento dei setting assistenziali.
2. Identificare delle strutture residenziali ove trasferire i pazienti covid-19. Nelle RSA alberga la popolazione più fragile ed esposta al maggior rischio di complicanze fatali associate all'infezione da covid-19 e considerata l'esperienza delle Regioni precocemente colpite dalla pandemia, è necessario che le regioni identifichino prioritariamente strutture residenziali assistenziali dedicate ove trasferire i pazienti affetti da covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, per evitare il diffondersi del contagio e potenziare il relativo setting assistenziale.
3. Formazione del personale delle RSA. Dovranno essere previsti percorsi formativi e di prevenzione specifica per tutto il personale delle RSA. È di fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale siano opportunamente formati e aggiornati in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di covid-19.
4. Potenziamento del personale in servizio. È indispensabile potenziare il personale in servizio presso le strutture, anche attraverso i meccanismi di reclutamento straordinario già attivato



per le strutture di ricovero ospedaliero, nonché la possibilità di ricorrere a personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari.

5. Effettuare in maniera sistematica tamponi e fornitura dei D.P.I. È indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell'infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale. Occorre, altresì, garantire la continuità dei servizi di mensa, lavanderia, pulizie e servizi connessi, estendendo anche a questi operatori le misure mirate a definire una eventuale infezione .

La circolare fornisce indicazioni essenzialmente alle regioni ove il richiamo alla formazione del personale coinvolge direttamente tutte le strutture.

La circolare si rivolge esclusivamente ed esplicitamente alle sole RSA (residenze sanitarie assistenziali) pur essendo queste i gestori della minoranza dei posti letto di tutte le strutture residenziali per anziani che sono parimenti coinvolte dall'emergenza covid-19. Si potrebbe logicamente supporre che le indicazioni valgano anche per le altre strutture ma taluni passaggi come quello relativo alle direzioni sanitarie delle strutture chiariscono che la circolare del Ministero, a meno di una clamorosa superficialità, proprio alle RSA intende riferirsi. La circolare sottolinea la necessità di potenziare il personale in servizio (in altre parti si parla di “rafforzamento dei setting assistenziali”) e lo fa ipotizzando che le RSA siano dipendenti (o di proprietà) dalle aziende sanitarie o dalle regioni. In questo senso va letto il richiamo all'utilizzo di procedure di reclutamento straordinario già attivato per le strutture di ricovero ospedaliero, nonché la possibilità di ricorrere a personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari che, in genere, appartengono ad altri enti e soggetti. In realtà, le RSA e le altre strutture residenziali per anziani sono in grande maggioranza di proprietà privata (profit e no profit) e la quota detenuta dalle aziende sanitarie è inferiore al 5%.

Per cui la quasi totalità delle strutture non può accedere alle procedure di reclutamento straordinario già attivate per le strutture di ricovero ospedaliero e non può disporre del personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari perché, in gran parte, afferisce ad altri soggetti pubblici e privati. Le strutture per anziani, quando sono convenzionate, sono tenute a fornire un determinato livello di personale. Ne possono fornire di più ma devono essere i loro committenti a chiederglielo. Per altro, è altrettanto verosimile che il personale sanitario aggiuntivo possa essere fornito, in emergenza, dalle aziende sanitarie stante il maggior bisogno sanitario degli ospiti delle strutture (che potrebbe esulare dalle loro competenze) e dalla maggior velocità delle aziende sanitarie nel reperimento di personale rispetto ad una struttura residenziale per anziani. Tutti questi aspetti sono stati demandati alle regioni.



### Circolare del Ministero della Salute del 3/4/2020

La circolare si occupa dei test diagnostici per rilevare la positività al covid-19. La circolare dispone che l'esecuzione del test diagnostico va riservata prioritariamente ai casi clinici sintomatici/paucisintomatici e ai contatti a rischio familiari e/o residenziali sintomatici, focalizzando l'identificazione dei contatti a rischio nelle 48 ore precedenti all'inizio della sintomatologia del caso positivo o clinicamente sospetto. Per garantire la sua efficacia nella strategia di ricerca dei casi e dei contatti, l'esecuzione del test deve essere tempestiva. Gli estensori della circolare ministeriale sono consapevoli delle difficoltà di accesso ai tamponi diagnostici per cui precisano che in caso di necessità, ad esempio per carenza di reagenti, sovraccarico lavorativo del personale di laboratorio o altro, si raccomanda di applicare, nell'effettuazione dei test diagnostici, i criteri di priorità di seguito riportati:

- pazienti ospedalizzati con infezione acuta respiratoria grave, al fine di fornire indicazioni sulla gestione clinica;
- tutti i casi di infezione respiratoria acuta ospedalizzati o ricoverati nelle residenze sanitarie assistenziali e nelle altre strutture di lunga degenza, in considerazione del fatto che ivi risiedono i soggetti esposti al maggior rischio di sviluppare quadri gravi o fatali di covid-19. Sulla base delle risultanze vengono adottate misure di controllo delle infezioni adeguate e DPI appropriati per proteggere sia le persone vulnerabili che il personale dedicato all'assistenza;
- operatori sanitari esposti a maggior rischio per
- operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici, anche affetti da lieve sintomatologia per decidere l'eventuale sospensione dal lavoro;
- operatori, anche asintomatici, delle RSA e altre strutture residenziali per anziani;
- persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili, come persone anziane con comorbidità quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione con segni di malattia acuta respiratoria, che possono richiedere ospedalizzazione e cure ad alta intensità per covid-19;
- primi individui sintomatici all'interno di comunità chiuse per identificare rapidamente i focolai e garantire misure di contenimento. Se la capacità di esecuzione dei test è limitata, tutti gli altri individui che presentano sintomi possono essere considerati casi probabili e isolati senza test supplementari.



La circolare sui test diagnostici esprime grande attenzione per gli anziani ricoverati nelle strutture residenziali. Gli anziani ospiti delle strutture residenziali e gli operatori che vi lavorano sono presenti in tutte le classi di priorità fatta ovviamente eccezione per i pazienti ospedalizzati sintomatici. Nella prima fase, la carenza di tamponi diagnostici ha fatto concentrare l'attenzione negli ospedali trascurando i luoghi più pericolosi per il covid-19 e cioè le strutture residenziali per anziani. Dopo l'arrivo della circolare, state il perdurare delle difficoltà nel reperire i reagenti per i tamponi, i tempi di reazione sono stati lenti.

#### Circolare del Ministero della Salute del 18/4/2020

Con la circolare del Ministero della Salute del 18/4/2020 si trasmette alle regioni e a tutti i soggetti sanitari il documento elaborato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dal titolo: indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie. Il documento è stato redatto e pubblicato dall'ISS in una prima versione il 16/3/2020. Solo la seconda versione datata 17/4/2020 è stata trasmessa alle regioni e agli altri enti sanitari.

Le indicazioni di questo documento riguardano principalmente gli ambiti di prevenzione e preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi sospetti/probabili/confermati di covid-19. Le misure generali prevedono un rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza inclusa una adeguata formazione degli operatori. Il rafforzamento deve prevedere una robusta preparazione 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.

Questo documento riguarda la necessità di un'adeguata sorveglianza attiva tra i residenti e gli operatori per l'identificazione precoce di casi. Le strutture devono essere in grado di effettuare un isolamento temporaneo dei casi 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 ulteriore valutazione clinica e le cure necessarie, come ad esempio in una struttura dedicata a pazienti covid-19.

La circolare tratta nel dettaglio i seguenti argomenti:

- Misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi covid-19 in struttura.
- Preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi di covid-19 sospetti/probabili/confermati.
- Gestione dei casi confermati covid-19.
- Formazione, monitoraggio e sorveglianza attiva del personale.



Misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi covid-19 in struttura.

Identificazione di un referente sanitario covid-19. E' necessario avere un referente per la prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza e specificatamente per covid-19 adeguatamente formato ed addestrato che possa fare riferimento ad un comitato multidisciplinare di supporto nell'ambito della struttura o a livello aziendale in stretto contatto con le autorità sanitarie locali. Se questo non fosse già presente, un referente per la prevenzione e controllo di covid-19 dovrebbe essere immediatamente designato e adeguatamente formato ed addestrato (si raccomanda di seguire i Corsi FAD dell'ISS sulla piattaforma EDUISS e di fare riferimento a documenti sulla prevenzione e controllo di covid-19 dell'ISS) che lavori con il medico competente e i referenti del rischio clinico e del rischio infettivo dell'azienda sanitaria di riferimento.

Il referente dovrebbe agire in sinergia con la funzione di risk management, anche ai fini dell'utilizzo di metodi e strumenti di gestione del rischio sanitario. Il referente sanitario per la prevenzione e controllo covid-19 deve svolgere un ruolo di supporto e di esempio, e costantemente ricordare agli operatori e ai residenti l'importanza delle misure preventive e precauzioni relative al covid-19. Dovrà inoltre effettuare o supervisionare il monitoraggio attento delle pratiche (ad esempio l'igiene delle mani e l'igiene respiratoria), ma anche il rispetto delle precauzioni di isolamento.

Questa formulazione, che ipotizza l'esistenza nelle strutture residenziali di un comitato multidisciplinare di supporto o del responsabile del risk management, fa riferimento a strutture che nella pratica non esistono – se non nelle grandi catene private di strutture o nelle poche strutture di proprietà delle aziende sanitarie – perché le normative esistenti non hanno mai richiesto questo tipo di organizzazione. Inoltre, la proposta di una collaborazione fra il referente covid-19 delle strutture residenziali e i referenti del rischio clinico e del rischio infettivo dell'azienda sanitaria di riferimento è una indicazione importante di cui non tutte le aziende sanitarie ne erano a conoscenza.

- Coordinamento di tutti gli interventi per garantire un flusso informativo efficace e continuo con gli Enti e le strutture di riferimento, Dipartimento di Prevenzione, Distretti e Aziende Sanitarie.
- Mantenere le comunicazioni con operatori, residenti e familiari attraverso una figura appositamente designata.
- Rafforzamento delle precauzioni standard.
- Programma di medicina occupazionale che garantisca la protezione e la sicurezza degli operatori sanitari, per esempio con somministrazione gratuita del vaccino antinfluenzale agli operatori sanitari.
- Elaborazione di promemoria per promuovere i comportamenti corretti per il rispetto della distanza fisica e la trasmissione del virus.



### Preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi di COVID-19 sospetti/probabili/confermati

Impedire l'ingresso di casi sospetti/probabili/confermati covid-19 rappresenta un fondamentale aspetto di prevenzione; è quindi necessario unostretto governo degli accessi nella struttura. Pertanto, è necessario:

- disporre il divieto di accedere alla struttura da parte di familiari e conoscenti per tutta la durata dell'emergenza;
- impedire l'accesso a soggetti sintomatici. È assolutamente necessario impedire l'accesso a persone che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di covid-19 sospetti/probabili/confermati negli ultimi 14 giorni. A tal fine, mettere in atto un sistema di valutazione per chiunque debba accedere nella struttura residenziale sociosanitaria in modo tale da consentire l'identificazione immediata di persone che presentino sintomi simil-influenzali (tosse secca, dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito) e/o febbre. Si raccomanda che tale valutazione preveda anche la misurazione della temperatura (con termometri che non prevedono il contatto, o termoscanner fissi, ove disponibili) e compilazione di un breve questionario o intervista da parte di un operatore.
- creare una area di isolamento per i nuovi accessi. Devono essere identificate in tutte le strutture alcune stanze, in numero adeguato al numero dei residenti, che consentano l'isolamento di casi sospetti, probabili, confermati, in attesa di definizione diagnostica o prima del trasferimento ad altra struttura. L'accesso di nuovi residenti in struttura residenziale sociosanitaria è subordinato al fatto che le strutture prevedano l'allestimento e l'uso di un modulo di accoglienza temporanea dedicato ai nuovi ospiti con stanze di isolamento singole con bagno dedicato e possibilmente con anticamera. Le aree di isolamento devono essere il più possibile individuate secondo un criterio di progressione in rapporto alla gravità ed al rischio diffusivo dell'infezione. In particolare:
  - residenti sani e residenti che hanno avuto contatti a rischio ma hanno eseguito il tampone che è risultato negativo;
  - residenti sintomatici con sospetto di infezione;
  - residenti con tampone positivo asintomatici o paucisintomatici;
  - residenti con tampone positivo e sintomatici (con o senza rischio di aerosol).

Per ciascun gruppo:

- vanno previsti ingressi distinti ovvero in alternativa, dove non fattibile, va disposto il cambio dei dispositivi e dei D.P.I. per gli attraversamenti tra le aree;



- vanno evitati il più possibile percorsi comuni, sia per il personale sia per i materiali, da e per le aree di isolamento; in particolare vanno identificati e tenuti separati i percorsi ovvero vanno assolutamente evitati momenti di promiscuità tra gli stessi.

Fatta salva la necessità di realizzare una area di isolamento, si sottolinea la complessità delle sue modalità di realizzazione che molto difficilmente potrà essere attuata in modo generalizzato nelle diverse strutture.

Si richiede inoltre di:

- limitare i nuovi ingressi di ospiti in strutture residenziali sociosanitarie e comunque solo dopo la valutazione dello specifico stato di salute, attraverso tampone ed isolamento precauzionale. I nuovi ingressi dovrebbero essere limitati ai casi urgenti e improcrastinabili, per consentire una riduzione nel numero dei residenti per poter gestire i casi in isolamento. Il medico della struttura deve verificare, secondo le indicazioni del Ministero della Salute, che la persona non si trovi nelle condizioni di “caso sospetto”, “caso probabile”, “caso confermato”. In tali circostanze l’ammissione in strutture o aree non specificatamente dedicate alla cura di persone colpite da covid-19 non è mai ammessa. In base alle indicazioni regionali e alla disponibilità, si invita a richiedere un tampone a coloro che sono dimessi dall’ospedale. Si ricorda che la eventuale negatività del tampone non implica tuttavia la sicurezza che l’assistito non possa sviluppare una malattia nei giorni successivi. Il tampone negativo all’ingresso andrebbe ripetuto dopo 14 gg, prima della sistemazione definitiva. Occorre rilevare che le indicazioni della circolare ipotizzano che le strutture residenziali per anziani abbiano un medico di struttura che in verità nella maggior parte dei casi non è previsto;
- evitare per quanto possibile l’invio dei residenti in ospedale, per visite specialistiche ed esami strumentali;
- monitorare nel tempo l’eventuale comparsa di febbre e sintomi di infezione o di difficoltà respiratoria acuta e altri fattori di rischio, ad esempio contatto con casi di covid-19, nei residenti nella struttura;
- sospendere le attività di gruppo e la condivisione di spazi comuni all’interno della struttura.
- evitare la sovrapposizione degli accessi degli operatori sanitari (USCA, MMG, Cure palliative);
- richiedere l’uso di mascherina chirurgica con accurata igiene delle mani a fornitori, manutentori e/o altri operatori.
- monitorare il corretto approvvigionamento dei D.P.I., di soluzioni idroalcoliche, di sapone...
- distribuire in maniera corretta gli strumenti per eseguire l’igiene delle mani.
- Avere a disposizione adeguati termometri senza contatto, per la misurazione della temperatura



### Gestione dei casi confermati covid-19

Nella situazione di avere un caso sospetto covid-19, si dovrà immediatamente porlo in isolamento, con segnalazione, al servizio d'igiene pubblica, sottoponendolo a tampone nasofaringeo per la ricerca di SARS-CoV-2, anche attivando l'USCA (Unità speciale di continuità assistenziale). Se positivo, il dipartimento di prevenzione dovrà verificare la fattibilità di un isolamento efficace presso la stessa struttura. In caso di impossibilità ad effettuare un efficace isolamento, il paziente sarà trasferito in ambiente ospedaliero o in altra struttura adeguata all'isolamento per essere sottoposta ad ulteriore valutazione clinica e per le cure necessarie, come ad esempio in una struttura dedicata a pazienti covid-19. Inoltre, deve essere effettuata immediatamente la sanificazione accurata degli ambienti dove il residente soggiornava e dove è stato esaminato. Infine, è importante effettuare una tempestiva ed attenta valutazione del rischio di esposizione al caso degli operatori e altri residenti. In caso di identificazione di una tale condizione di rischio, i soggetti esposti dovranno essere considerati contatti di caso di covid-19 e seguire le procedure di segnalazione, sorveglianza e quarantena stabilite dalle autorità sanitarie locali ai sensi della circolare ministeriale del 25 marzo 2020.

Laddove siano presenti ospiti covid-19 sospetti o accertati, (anche in attesa di trasferimento) deve essere garantita la presenza di infermieri h.24 e assistenza medica. Nelle strutture ove non sia presente assistenza infermieristica h.24 ciò comporterà il temporaneo isolamento in stanza singola e il successivo trasferimento del paziente ad altra struttura residenziale in grado di garantire le precauzioni di isolamento in accordo con le autorità locali e regionali.

Nelle aree covid-19 delle strutture residenziali e nelle condizioni di isolamento temporaneo dovranno essere messe in atto tempestivamente e rispettate le seguenti procedure:

- fare indossare al residente una mascherina chirurgica, se tollerata;
- nel caso sia necessario un contatto diretto, applicare rigorosamente le precauzioni da contatto e droplets nell'assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19: guanti, dispositivo di protezione respiratoria, occhiali di protezione/visiera, grembiule/camice monouso (possibilmente idrorepellente);  
nel caso non fosse necessario il contatto diretto, indossare la mascherina chirurgica, mantenersi alla distanza di almeno 1 metro ed evitare di toccare le superfici nella stanza del residente;
- praticare frequentemente l'igiene delle mani con soluzione idroalcolica o se non disponibile o le mani sono visibilmente sporche, lavare le mani con acqua e sapone e asciugare con salvietta monouso;
- effettuare pulizia frequente (almeno due volte al giorno) nella stanza del residente con acqua e detersivi seguita da disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5% (equivalente a 5000 ppm)



per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e dei bagni, e allo 0,1% (equivalente a 1000 ppm) per le altre superfici; prestare particolare attenzione alle aree comuni;

- disinfettare con alcol etilico al 70% i dispositivi di cura o le attrezzature riutilizzabili (ad esempio, i termometri e gli stetoscopi) ogni volta che si passano da un residente all'altro;
- avvertire il medico di medicina generale/di struttura o di Continuità Assistenziale
- concentrare le attività assistenziali (es. terapia/colazione/igiene) al fine di ridurre gli accessi alla stanza del residente;
- se dovessero essere necessari trasferimenti all'interno della struttura, garantire la minima esposizione ad altri ospiti evitando spazi comuni durante il percorso;
- garantire una ventilazione regolare degli ambienti;
- riporre con cautela in un sacchetto chiuso la biancheria della persona in isolamento in attesa di essere lavata e, evitando il contatto diretto con la propria cute e i propri vestiti. Non agitare la biancheria per arieggiarla. Lavare vestiti, lenzuola, asciugamani e teli da bagno in lavatrice a 60–90°C con uso di comune detersivo;
- lavare in lavastoviglie o a mano con acqua calda e detergente le stoviglie utilizzate dal caso sospetto/confermato;
- indossare guanti e mascherina durante le operazioni di lavaggio di biancheria e vestiti, di disinfezione e igiene dei locali.

In strutture di dimensioni più grandi, previa valutazione dei Dipartimenti di Prevenzione sulla adeguatezza della possibilità di effettuare un efficace isolamento, creare aree e percorsi dedicati in grado di garantire quanto più possibile la separazione tra aree “pulite” e aree “sporche”.

Ridurre le occasioni di contatto dei residenti con casi sospetti/probabili/confermati di covid-19 (sospendere uso del refettorio/mensa, garantire la permanenza dei residenti nella propria area di appartenenza). Misure per la gestione dei compagni di stanza e altri contatti stretti di un caso di covid-19.

#### Formazione, monitoraggio e sorveglianza attiva del personale.

- La formazione del personale dovrà riguardare i seguenti argomenti:
  - 1 caratteristiche dell'infezione da SARS-CoV-2 e sulla malattia COVID-19;
  - 2 precauzioni standard per l'assistenza a tutti i residenti:
    - igiene delle mani e respiratoria;
    - precauzioni per la prevenzione di malattie trasmesse per contatto e droplets nell'assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19;
    - precauzioni per la prevenzione di malattie trasmesse per via aerea;
    - utilizzo appropriato dei dispositivi di protezione individuali (DPI);



- comportamenti da attuare nei momenti di pausa e riunioni al fine di ridurre la eventuale trasmissione del virus;
- promozione della responsabilizzazione degli operatori per autocontrollo sintomatologia.
- misurazione della febbre a inizio turno per gli operatori sanitari.
- screening diagnostici per operatori sanitari.
- restrizione dall'attività lavorativa degli operatori sospetti o risultati positivi al test per SARS-CoV-2 o in caso di febbre prima del turno o durante il turno.

Decreto del Ministero della Salute del 30/4/2020 sul monitoraggio del rischio sanitario

Nel mese di maggio 2020 è partita una nuova fase caratterizzata da iniziative di allentamento del lockdown e dalla loro progressiva estensione, che però può svilupparsi solo ove sia assicurato uno stretto monitoraggio dell'andamento della trasmissione del virus sul territorio nazionale. A questo fine, con il Decreto del Ministro della Salute 30/4/2020 è stata prevista l'implementazione di un sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus e del progressivo impatto sui servizi sanitari.

Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Numero di checklist somministrate settimanalmente a strutture residenziali sociosanitarie (OPZIONALE)	Almeno il 50% delle strutture residenziali sociosanitarie sul territorio regionale/PA con trend in miglioramento.	<50% delle strutture residenziali sociosanitarie sul territorio regionale/PA	Valutazione periodica settimanale ad opera delle regioni.
Numero di strutture residenziali sociosanitarie rispondenti alla checklist settimanalmente con almeno una criticità riscontrata (OPZIONALE)	Non oltre il 30% con trend in miglioramento.	>30%	Sorveglianza complementare da realizzare in base alla fattibilità.
Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso di casi in un tempo e luogo definito) (OPZIONALE)	Mancato aumento del numero di focolai di trasmissione attivi nella regione.  Assenza di focolai di trasmissione sul territorio regionale per cui non sia stata data rapidamente una valutazione del rischio e valutata l'opportunità di istituire una zona rossa sub-regionale.	Evidenza di nuovi focolai negli ultimi 7 giorni in particolare se in RSA/case di riposo/ospedali o altri luoghi che ospitano popolazioni vulnerabili.  La presenza di nuovi focolai nella regione richiede una valutazione del rischio ad hoc che delinisca qualora nella regione vi sia una trasmissione sostenuta e diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1.	ISS – Monitoraggio dei focolai e delle zone rosse con scheda di indagine.  ISS – Sorveglianza integrata (utilizzando la variabile luogo di esposizione e definendo una ID focolaio).
	>90% delle strutture rispondenti riportano l'assenza di residenti con diagnosi confermata di Covid 19 (opzionale)	<90% delle strutture rispondenti riportano l'assenza di residenti con diagnosi confermata di Covid 19 (opzionale)	Sorveglianza via checklist delle strutture residenziali sociosanitarie (opzionale).  Sorveglianza complementare da realizzare in base alla fattibilità.
	Mancato aumento nel numero di focolai di trasmissione attivi nella regione.	Evidenza di nuovi focolai negli ultimi 7 giorni in particolare se in RSA/case di riposo/ospedali o altri luoghi che ospitano popolazioni vulnerabili.	ISS – Attivazione del Network italiano di epidemic intelligence.



Per gli scopi di monitoraggio e per classificare tempestivamente il livello di rischio in modo da poter valutare la necessità di modulazioni nelle attività di risposta alla epidemia, sono stati identificati alcuni indicatori con valori di soglia e di allerta che dovranno essere costantemente monitorati per decidere se le condizioni siano tali da richiedere una revisione delle misure adottate/da adottare. Gli indicatori individuati sono 21 di cui 5 opzionali. Tre di questi indicatori opzionali riguardano le strutture residenziali per anziani.

## 2.5 DIFFUSIONE DELLA PANDEMIA NELLE R.S.A. IN ITALIA ED IN PIEMONTE

L'Italia ha una rete di oltre 4.600 strutture residenziali per anziani con una dimensione media di 53 posti letto. La proprietà delle strutture è per i tre quarti del totale privata dove prevale largamente il settore non profit. Le strutture residenziali, ripartite in almeno quattro diverse tipologie, accolgono anziani che per i tre quarti sono ultraottantenni e non autosufficienti. Si tratta quindi di una rete abbastanza diffusa di strutture che per lo più sono private e di piccole dimensioni.

Un'analisi dell'informazione relativa al luogo di esposizione curata periodicamente dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), disponibile per 7.581 casi, diagnosticati a partire dal 14 aprile 2020 a dicembre 2020 ha evidenziato che il 60,1% dei casi ha contratto la malattia in una struttura residenziale per anziani o in una comunità per disabili.

Luogo di esposizione	Casi	
	N	%
<b>RSA/Casa di riposo/comunità disabili</b>	<b>4.554</b>	<b>60,1</b>
Ambito familiare	1.394	18,4
Ospedale/ambulatorio	542	7,2
Lavoro*	176	2,3
Nave/crociera	34	0,5
Comunità religiosa	27	0,4
Altro	854	11,3

Fonte: ISS, 2020.  
Nota: \*per "Lavoro" si intende qualunque luogo di lavoro diverso dagli altri ambiti riportati.

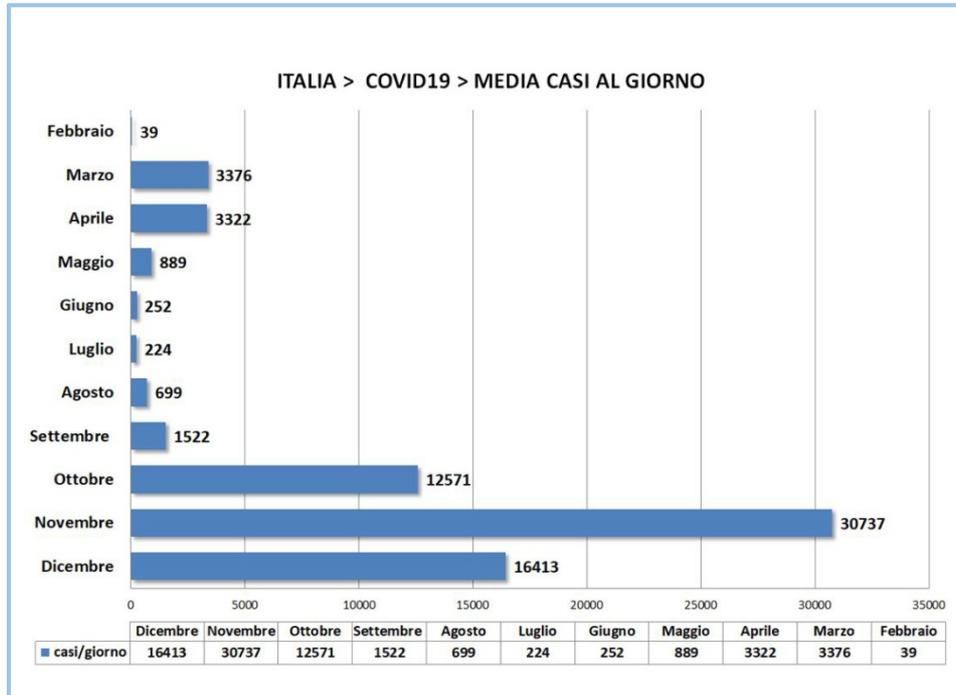
### **DISTRIBUZIONE DEI LUOGHI DI ESPOSIZIONE DEI CASI DIAGNOSTICATI**

I morti per covid-19 all'interno delle strutture per anziani sono stati probabilmente tra il 26,1% e il 29,6% del totale dei morti complessivi percovid-19 registrati in Italia. Le norme e le linee guida

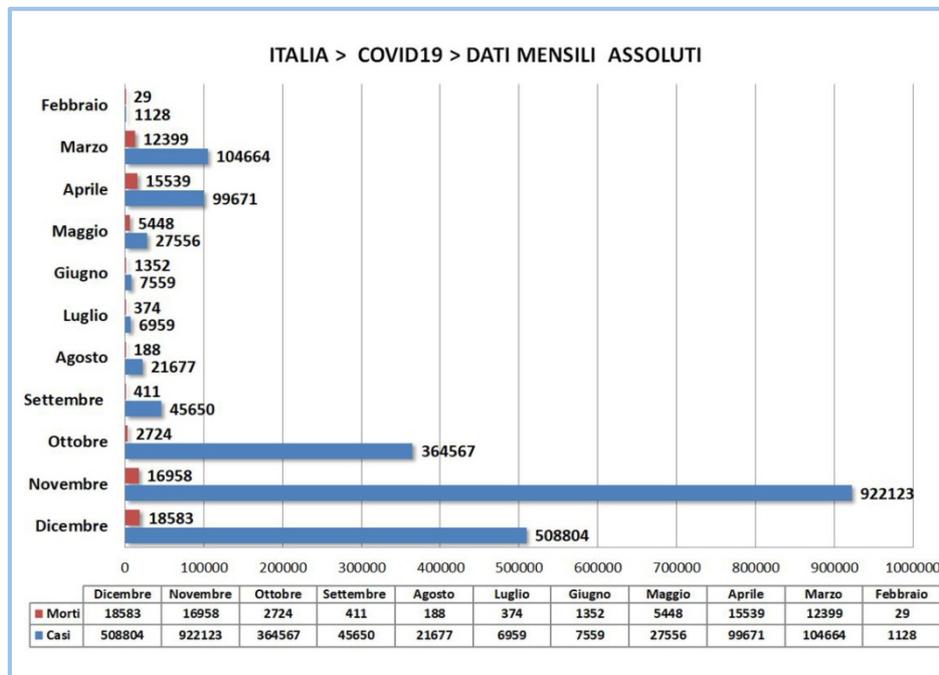


nazionali sono state emanate ed hanno fornito un contributo importante alle strutture residenziali ma non essendo prive di criticità hanno suscitato le seguenti valutazioni:

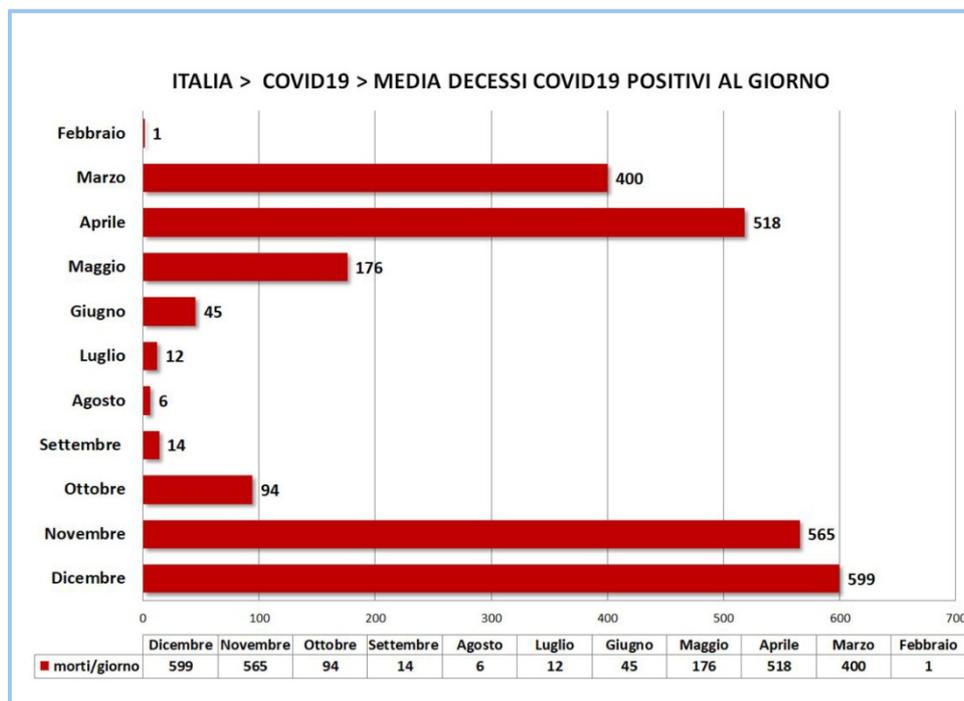
1. le indicazioni nazionali sulle azioni da adottare nelle strutture residenziali per anziani non sono state tempestive. La rete delle strutture per anziani, per caratteristiche e dimensioni, avevano bisogno di essere guidate e sostenute in questo passaggio difficilissimo. Il Ministero ha dato le prime indicazioni (forte limitazione degli accessi dall'esterno) in tempi accettabili (8 marzo) ma poi gli indirizzi e le raccomandazioni alle strutture e alle regioni sono stati completati (con tre ulteriori provvedimenti) il 18 aprile.
2. Le norme e le linee guida nazionali, pur alla fine complete, non tengono conto delle diverse tipologie di strutture e delle loro diverse caratteristiche. Le disposizioni nazionali sono state scritte pensando alle RSA mentre la maggior parte delle strutture italiane sono costituite da altre tipologie con una dotazione di operatori sanitari più debole. Si pensi per esempio alle disposizioni riguardanti la direzione sanitaria o il medico di struttura o addirittura il responsabile del risk management che la normativa invece non prevede per la maggioranza delle strutture. Certi adempimenti risultano di difficile se non di impossibile attuazione se calati nelle realtà che non erano adeguatamente attrezzate.
3. Le disposizioni sul potenziamento del personale in servizio sono risultate in alcuni casi incomplete o inapplicabili. Molte delle giuste indicazioni normative o ministeriali si basano sul presupposto del potenziamento del personale in servizio nelle strutture residenziali per anziani, soprattutto in presenza di anziani positivi al covid-19. Non a caso viene previsto esplicitamente il rafforzamento dei setting assistenziali. Purtroppo però non si dice esplicitamente a chi spetti fornire questo personale (le ASL o le strutture per anziani?) Giusto pensare al potenziamento del personale assistenziale nelle strutture per anziani attaccate dal covid-19 ma occorre mettere in condizione le stesse di poter acquisire questo personale: per esempio con un quadro normativo emergenziale che permettesse le assunzioni al di fuori delle norme ordinarie, con la possibilità di ottenere il riconoscimento dei costi sostenuti oppure con la responsabilizzazione delle ASL nella fornitura del personale aggiuntivo necessario.



Dalla lettura dei dati emergono chiaramente i due periodi di grande contagio da marzo a maggio e da ottobre a dicembre. Nel secondo focolaio è chiara l' utilità dei tamponi, antigenici e molecolari, nell'individuare i casi di contagio da covid 19.



L'analisi dei decessi con picchi massimi nel trimestre marzo/maggio e ottobre/dicembre evidenzia l'importanza del lockdown per contrastare l'epidemia.



**DATI ISTAT AGGIORNATI NEL PERIODO GENNAIO-DICEMBRE 2020. SI STIMANO COMPLESSIVAMENTE 84.000 MORTI IN PIÙ RISPETTO ALLA MEDIA DEL 2015-2019. I DECESSI DI PERSONE POSITIVE AL COVID-19 REGISTRATI DALLA SORVEGLIANZA INTEGRATA RIFERITI ALLO STESSO PERIODO SONO 57.647 (IL 69% DELL'ECCESSO TOTALE)**

Decessi ed eccesso di mortalità per classi di età nella prima e seconda ondata dell'epidemia di Covid-19. Italia valori assoluti e percentuali

Nei primi 11 mesi del 2020 **+84.000 morti in più** rispetto alla media 2015-2019

Classi di età	media 2015/2019	2020	% decessi 2020	differenza media 2015-2019 e 2020	% contributo della differenza
<b>marzo-maggio</b>					
0-49	4.794	4.465	2,1	-329	-0,7
50-64	12.894	15.322	7,3	2.428	4,8
65-79	41.221	52.953	25,1	11.732	23,3
80+	101.883	138.307	65,5	36.424	72,5
Totale	160.793	211.047		50.254	
<b>ottobre-novembre</b>					
0-49	3.084	2.920	2,2	-164	-0,5
50-64	8.457	10.144	7,5	1.687	5,3
65-79	26.514	33.278	24,7	6.763	21,3
80+	64.997	88.425	65,6	23.428	73,9
Totale	103.052	134.767		31.715	

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale.

Dall'analisi anagrafica dei decessi si riscontra come il 65 % di questi ha interessato gli ultra ottantenni, quindi quella fascia di popolazione, che può trovarsi ricoverata presso le strutture sanitario assistenziali. La situazione dei contagi in Piemonte aggiornata al 13 marzo 2021 è particolarmente preoccupante. l'Unità di Crisi della Regione Piemonte ha comunicato 1.530 nuovi



casi di persone risultate positive al Covid-19 (di cui 137 dopo test antigenico), pari al 10% dei 15.288 tamponi eseguiti, di cui 6.875 antigenici. Dei 1.530 nuovi casi, gli asintomatici sono 574 (35,7%). I casi sono così ripartiti: 176 screening, 868 contatti di caso, 486 con indagine in corso; per ambito: 25 RSA/Strutture Socio-Assistenziali, 144 scolastico, 1.361 popolazione generale.

Il totale dei casi positivi diventa quindi 277.507 così suddivisi su base provinciale:

23.323 Alessandria; 13.549 Asti; 9.079 Biella; 37.977 Cuneo; 21.453 Novara; 147.783 Torino; 10.475 Vercelli; 10.423 Verbano-Cusio-Ossola; oltre a 1.291 residenti fuori regione, ma in carico alle strutture sanitarie piemontesi.

I restanti 2.154 sono in fase di elaborazione e attribuzione territoriale.

I ricoverati in terapia intensiva sono 267( +16 rispetto a ieri).

I ricoverati non in terapia intensiva sono 2.886(+96 rispetto a ieri).

Le persone in isolamento domiciliare sono 26.499

I tamponi diagnostici finora processati sono 3.324.123(+1.530 rispetto a ieri), di cui 1.251.324 risultati negativi.

Al 31.12.2020 su 40 mila ospiti delle RSA la percentuale di positivi è di circa il 10 %. La Regione Piemonte ha avviato un piano di screening capillare per le RSA e RA del territorio da protrarsi fino a marzo 2021, che prevede in tutto 700.000 tamponi rapidi per un monitoraggio ogni 15 giorni di tutte le strutture. ( oltre 700 RSA e RA del territorio). A settembre sono stati effettuati nelle strutture del Piemonte 55.000 tamponi molecolari, ad ottobre 82.000 a dicembre 150.000.

## 2.6 CONCLUSIONI

Il fenomeno della pandemia da covid 19 ha colpito in maniera significativa il comparto delle residenze sanitario assistenziali. Dai dati analizzati si evidenzia un incremento esponenziale dei decessi nei due periodi di maggior diffusione del virus (marzo - aprile) e (ottobre - novembre) ed allo stato attuale siamo ancora in pieno stato di emergenza. Come è noto, il numero dei morti per covid-19 all'interno delle strutture residenziali per anziani è di poco inferiore al 30% del numero complessivo di tutti i morti italiani ed è presumibile che la maggior parte dei contagi siano partiti proprio dalle strutture residenziali (Istituto Superiore di Sanità, 2020). L'impiego delle mascherine, del distanziamento sociale, dei tamponi a titolo preventivo, della sanificazione continua, della ventilazione naturale degli ambienti chiusi, e in generale l'applicazione puntuale dei protocolli di sicurezza hanno aiutato a ridurre in maniera significativa il fenomeno del contagio, pur riscontrando a dicembre del 2020 un incremento di decessi superiore di 100.000 unità rispetto alla media del triennio precedente, di cui il 65,6 % riferito a persone ultraottantenni.



### **CAPITOLO III - LA PICCOLA CASA DELLA DIVINA PROVVIDENZA DI TORINO**

Lo sforzo di Giuseppe Cottolengo essendo dichiaratamente “opera di accoglienza” si palesò nella ricerca e successiva modifica di luoghi e spazi ove accogliere dignitosamente gli ultimi, i più fragili per dare loro una speranza. Dopo una prima esperienza in fabbricati urbani contenuti si concentrò sulle aree a nord della città, fuori le mura nei pressi della “Porta Doranea” ovvero l’area denominata ancora oggi “Borgo Dora” ove tutt’ora sopravvive la sua opera di accoglienza che si è adattata nel tempo alle esigenze via via in evoluzione.

#### **3.1 LA STORIA**

La prima sede, che diede il via all'opera di carità, fu aperta il 17 gennaio 1828 a Torino, in via Palazzo di Città e fu chiamata il Deposito de' poveri infermi del Corpus Domini; nel 1831 il Deposito fu chiuso d'autorità per la contingente epidemia di colera e il Cottolengo, dovette riparare in Borgo Dora. Qui il 27 aprile 1832 aprì la Piccola Casa della Divina Provvidenza. L'istituto accoglieva epilettici, dementi e sordomuti. Ben presto si formò anche un gruppo di giovani donne che si presero cura degli ospiti della casa e coadiuvarono don Cottolengo nella sua attività caritativa. In seguito si consacreranno alla vita religiosa, fondando più congregazioni femminili. Nel 1838 fu fondata una scuola per infermieri professionali. Il numero dei ricoverati iniziò presto ad aumentare, e alla morte del suo fondatore, nel 1842, l'istituto contava già 1.300 ricoverati.



**VISTA SULLA CAMERATA**

Col passare del tempo, la Casa divenne una piccola città. La Casa venne divisa in Famiglie: gruppi omogenei, con proprie peculiarità, indipendenti l'uno dagli altri. Così risultavano: la famiglia dei Luigini (protettore san Luigi Gonzaga), che ospitava bambini dalla scuola materna alla seconda



elementare; quella dei Giuseppini (più noti come Fratini, protettore san Giuseppe), per la frequenza dalla terza alla quinta elementare; i Tommasini (protettore san Tommaso d'Aquino), ragazzi indirizzati alla vocazione sacerdotale che qui frequentavano fino al liceo parificato; famiglia Invalidi (senza tanti giri di parole) che ospitavano persone con deficit fisici rilevanti, che peraltro non impedivano di operare in ambito lavorativo (in particolare in sartoria e legatoria); famiglia dei Sordomuti, con i deficit espressi nella denominazione; famiglia Epilettici, stessa situazione nominale; famiglia Buoni Figli, che indicava specificamente persone con tare psichiche controllabili senza interventi sanitari particolari. Alle Famiglie maschili corrispondevano quelle femminili, con le stesse caratteristiche. Ogni Famiglia è affidata alla direzione di un sacerdote, detto Prefetto, per quelle maschili; quelle femminili sono affidate alla guida di una suora, Madre Superiora. Entrambe le cariche consentono la gestione specifica dei reparti loro affidati, nell'ambito della gestione generale, curata dal Padre generale assistito dal Capitolo, composto dai delegati dei Sacerdoti, delle Suore e dei Fratelli. Nel perimetro che circonda questi gruppi sono presenti infermerie per lungo degenti, ciascuna con il proprio Santo protettore, il cui nome indirizza e facilita l'eventuale ricerca per visite ai ricoverati, evitando le fredde indicazioni numeriche. Durante la seconda guerra mondiale i bombardamenti causarono la distruzione di quattro reparti e la morte di circa 100 persone. Oggi la struttura è estesa per 100.000 m<sup>2</sup>, conta circa 14.000 ricoverati ed è presente in Europa, Africa, Asia e nelle Americhe.

### 3.2 SVILUPPO URBANISTICO DELLA CITTADELLA



**FOTO AEREA DEL COMPLESSO**

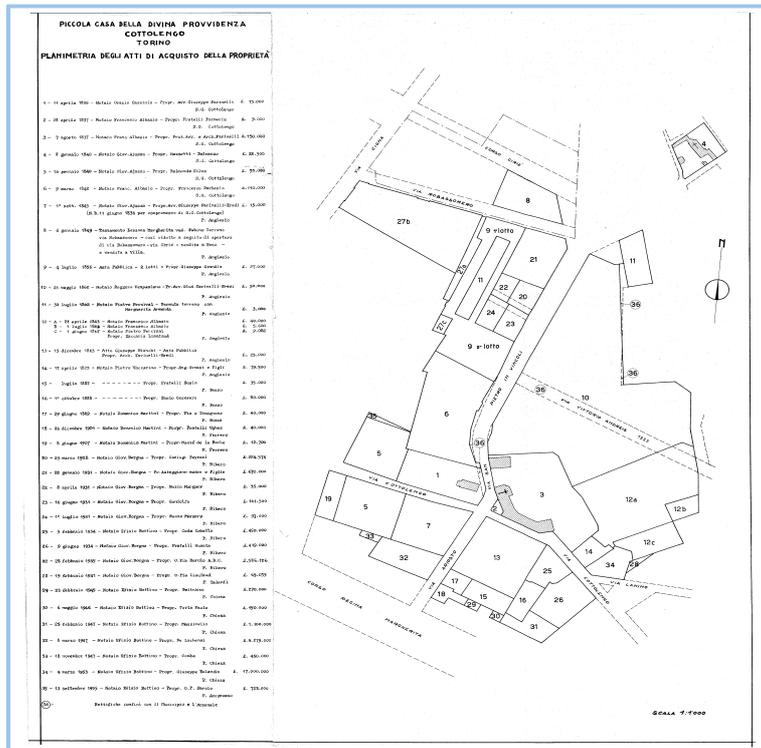


A Torino la “cittadella murata” del Cottolengo si colloca nella parte di Torino denominata “Borgo Dora” tra “Porta Palazzo” e “Valdocco”.



**INQUADRAMENTO CARTOGRAFICO**

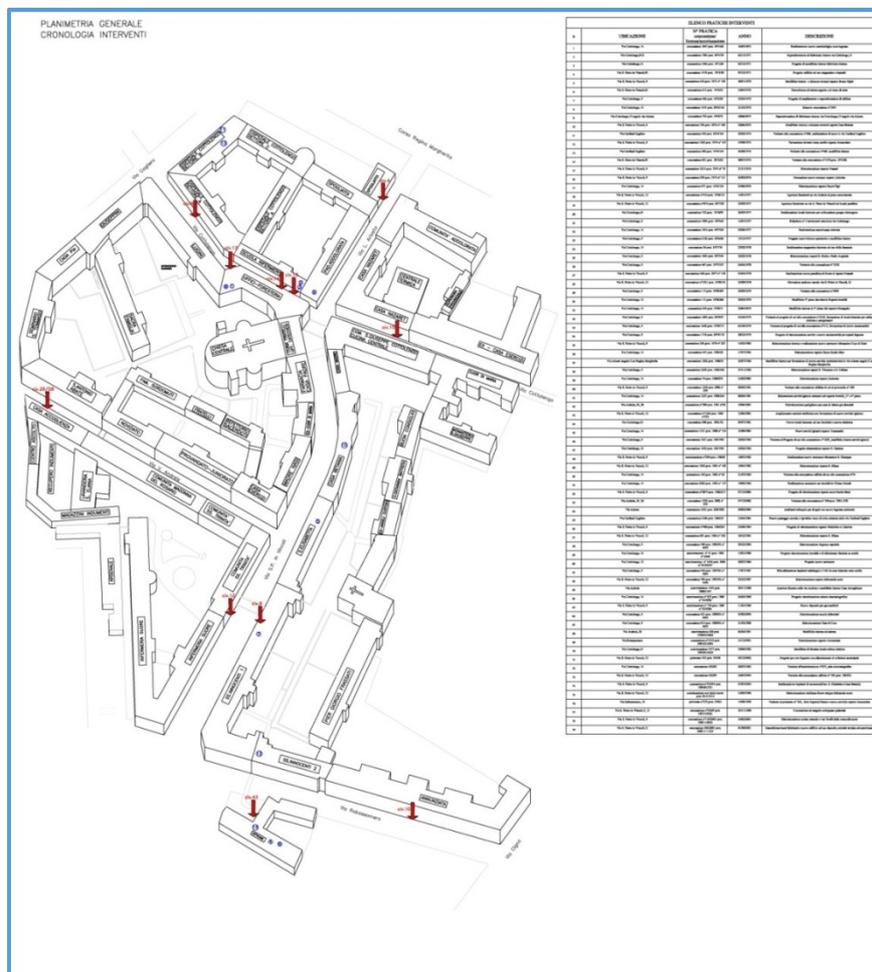
L’opera del Santo Cottolengo trae origine dal diffuso disagio sociale nell’età di Carlo Alberto di Savoia dove, in generale, la situazione sanitaria delle strutture di accoglienza era piuttosto approssimativa con una miseria diffusa. La conseguenza fu un costante “esodo” dalle campagne verso la città vista come panacea di tutti mali.



**PLANIMETRIA DEGLI ATTI DI ACQUISTO DELLA PROPRIETA'**



E' interessante sottolineare l'ambivalenza della Torino capitale di quel periodo: una città nettamente divisa in due. Se da un lato la nobiltà e la ricca borghesia palesavano l'autorità e l'ostentazione del potere, dall'altro le masse di diseredati affollavano le vie senza alcuna speranza di riscatto se non il carcere, utilizzato anche come una sorta di struttura "altra" ove collocare chi delinqueva o semplicemente questuava ma anche chi, gravato da malattie, non poteva avere un ruolo sociale seppur misero. Per mitigare, almeno in parte, tali squilibri sociali, alleviando per quanto possibile le sofferenze, esistevano le "Congregazioni di carità" che cercavano di sopperire ai doveri della la struttura statale pressoché assente su questo versante. L'asse di corso Regina Margherita rappresentò una sorta di confine tra i due volti della città.



**PLANIMETRIA CRONOLOGIA INTERVENTI**

Lo sviluppo edilizio della "Piccola Casa di Torino trae origine e si costruisce nel tempo a partire dai lasciti e dalle donazioni che consentono l'acquisto di tutta una serie di terreni e fabbricati, questi

ultimi poi trasformati e ricostruiti nel corso degli anni in ragione sia dell'evolversi delle tecniche edilizie sia in riferimento ai mutamenti della situazione economico sociale.

I primi lasciti fanno capo alla famiglia Farinelli (1836). Da quel momento in poi si assiste ad una sequenza di aggregazioni successive che porteranno nel giro di pochi anni ad un organizzazione sempre più efficiente ed organizzata.

### 3.3 INQUADRAMENTO ARCHITETTONICO FUNZIONALE DEI SERVIZI

L'area oggetto di studio si trova all'interno del complesso religioso della Piccola Casa della Divina Provvidenza di Torino. In particolare all'interno dell'area trovano posto tre grandi residenze socio assistenziali medicalizzate con oltre 420 posti letto, (Frassati, Santi Innocenti e l'Annunziata) costruiti a partire dal 1928, con rimaneggiamenti successivi negli anni e oggi in fase di grandi trasformazioni secondo la specifica normativa regionale di riferimento ( DGR 45 del 2012 ). La vicinanza con il presidio ospedaliero organizzato in questo periodo di pandemia per fornire un servizio di terapia intensiva, rende l'ambito di analisi particolarmente resiliente al Covid19. La tesi si pone l'obiettivo di valutare il grado di adeguatezza delle strutture del Cottolengo al fenomeno della Pandemia da covid 19, proponendo quindi tutta una serie di soluzioni di adeguamento e miglioramento, coerentemente alle linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità e alle specifiche normative di settore, proponendo quindi tutta una serie di nuove soluzioni progettuali condivise con gli uffici regionali addetti al rilascio delle autorizzazioni da utilizzarsi per il futuro.



**CAMERATE PER IL RICOVERO DEGLI OSPITI NEI PRIMI ANNI DEL '900**

Si è quindi proceduto con l'analisi dell'organizzazione logistico funzionale dell'area alla scala urbanistica arrivando alla scala di dettaglio architettonica dei singoli fabbricati: Frassati, SS Innocenti e Annunciata che rappresentano, insieme, il più grande nucleo socio sanitario aggregato del Piemonte con 420 posti letto, 200 operatori, ed una superficie lorda di 36.040 mq per una densità antropica di 58 mq./persona.

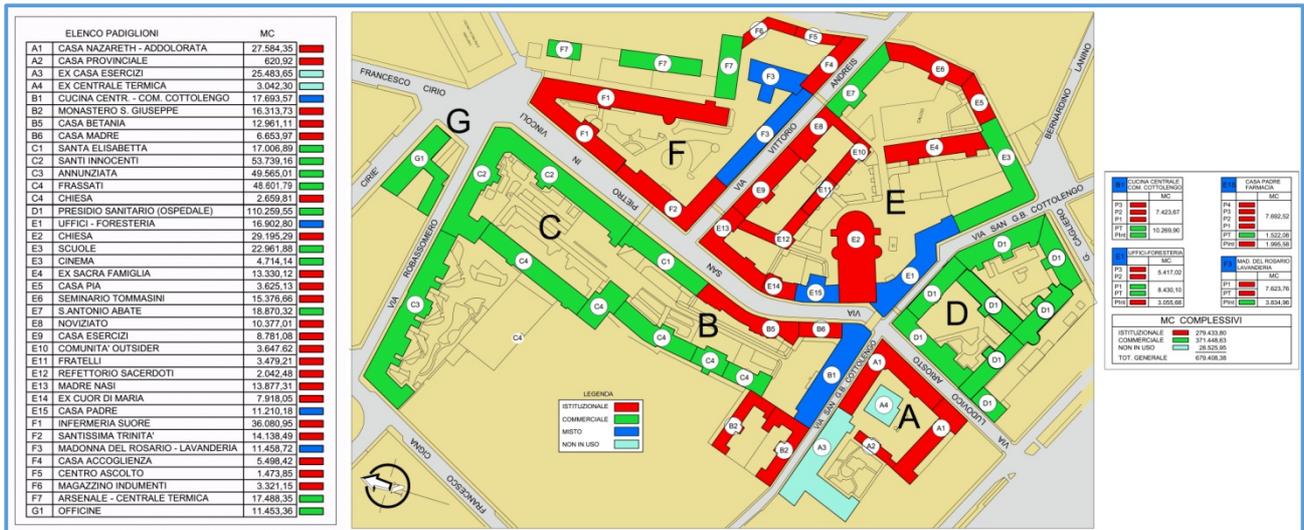


**LA PRIVACY ALL'INTERNO DEI POSTI LETTO ERA ASSICURATA  
DAI TENDAGGI APERTI E CHIUSI ALL'OCCORRENZA**

Dall'immagine fotografica si può vedere come gli spazi erano organizzati in grandi camerate con letti racchiusi all'interno di tendoni. Il servizio era totalmente svolto dalle suore, che avevano all'interno della piccola casa una scuola di infermiere



**PLANIVOLUMETRICO DELLA CITTADELLA DEL COTTOLENGO ORGANIZZATA A CORTI CHIUSE  
OVE OGNI AMBITO RAPPRESENTAVA UN NUCLEO FAMIGLIARE DI AREA VASTA**



**ORGANIZZAZIONE DELLE DESTINAZIONI D'USO DEI FABBRICATI**

La cittadella del Cottolengo è organizzata in differenti aree:

- area ospedale
- area servizi socio assistenziali
- area servizi generali
- area scolastica
- area servizi amministrativi
- area religiosi

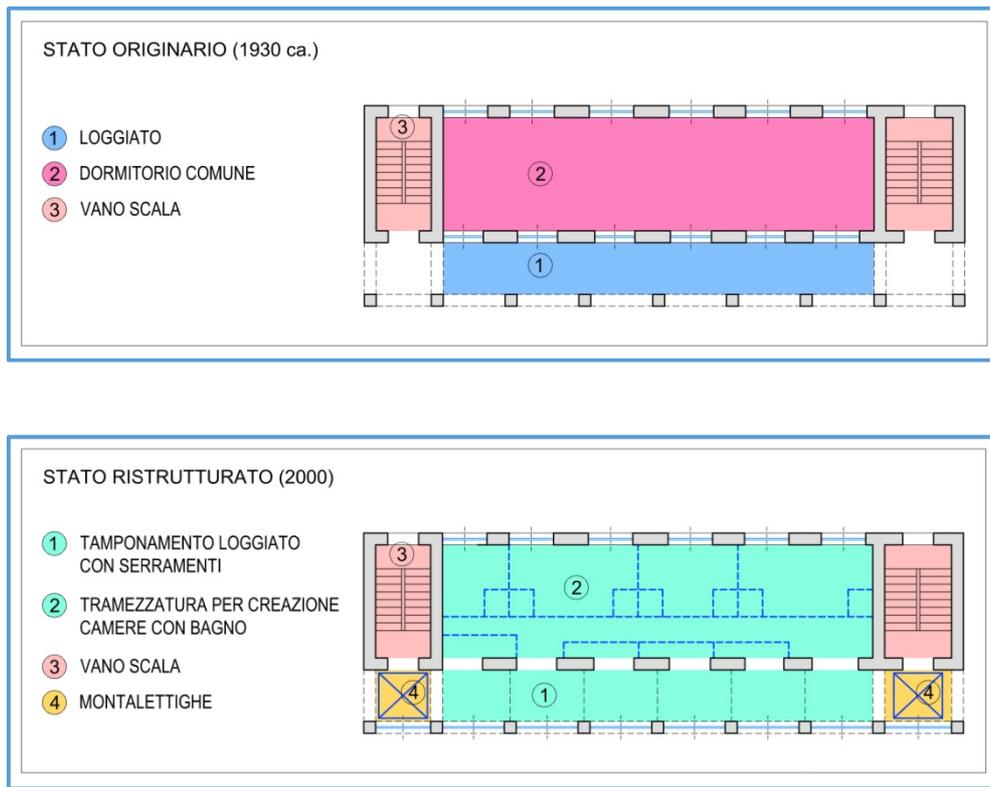


**AMBITO TERRITORIALE SANITARIO ASSISTENZIALE**



Tutta la parte interrata dell'area Cottolengo è interessata da cunicoli facilmente percorribili pedonalmente o con l'impiego di piccoli mezzi di trasporto.

Allo stesso modo tutti gli impianti principali, opportunamente schermati all'esterno, corrono a vista nei cunicoli, permettendo così una più agevole attività manutentiva.



**EVOLUZIONE PLANIMETRICA TIPOLOGIA ARCHITETTONICA DEL COTTOLENGO  
(STATO ORIGINARIO -ANNI 2000)**

L'impostazione planimetrica di base di tutti i fabbricati del Cottolengo partono da una pianta libera a loggiato ove trovavano rifugio le persone bisognose di assistenza con un vano scala posto lungo la manica inferiore del fabbricato e dalla parte opposta i servizi igienici,

Con il tempo l'organizzazione planimetrica a loggiato a pianta libera è andata raffinandosi tamponando i loggiati, sviluppando in altezza e planimetricamente organizzandosi in spazi comuni e spazi privati con stanze da uno a due posti letto e bagno in camera.



**PROSPETTO TIPO DEI FABBRICATI CHE SI AFFACCIANO VERSO IL CORTILE (STATO ORIGINARIO -ANNI 1960)**

### 3.4 CONCLUSIONI

La Piccola Casa della Divina Provvidenza, fondata da San Giuseppe Cottolengo, è una istituzione civile ed ecclesiale che comprende suore, fratelli, sacerdoti e laici che a vario titolo si prendono cura della persona povera, malata, abbandonata, particolarmente bisognosa. Nei diversi Paesi dove è presente, la Piccola Casa è organizzata in comunità di vita e in pluralità di servizi. San Giuseppe Cottolengo insegna che la Divina Provvidenza per lo più adopera mezzi umani. Per questo, ogni operatore nel settore assistenziale, educativo, sanitario, pastorale, amministrativo e tecnico con la sua responsabilità, competenza e generosa dedizione, diventa “strumento” della Divina Provvidenza al servizio dei Poveri.

## CAPITOLO IV - ANALISI DEI REQUISITI EDILIZI ED IMPIANTISTICI DEI FABBRICATI DELLE R.S.A. DEL COTTOLENGO DI TORINO



*FOTO STORICA DELLA MANICA FRASSATI*

### 4.1 ANALISI TIPOLOGICO COSTRUTTIVA

In generale i materiali e le finiture dell'edificio e delle stanze sono di buona qualità: per le murature sono stati utilizzati blocchi di calcestruzzo prefabbricato, la struttura è realizzata con pilastri e solette in cemento armato, le tamponature esterne ad intercapedine sono in laterizio semi pieno con tramezzature interne in laterizio. Tutti i piani sono serviti da scale e ascensori e montacarichi posti in posizione laterale e mediana per servire a blocchi gli utenti. I fabbricati sono serviti da unità trattamento aria e rete antincendio.

#### Edificio FRASSATI

##### Manica Frassati 1

Costruzione originaria tra il 1928 e il 1934 con muratura portante in laterizio e orizzontamenti in putrelle in ferro e voltini. Copertura con struttura portante in legno e manto di copertura in tegole di laterizio. In generale si tratta di materiali comuni, non di pregio.

Rimaneggiamenti successivi tra il 1975 e il 1978, tra il 2006 e il 2009 ed infine nel 2011 muratura mista travi e pilastri in cemento armato e solai in latero cemento. I tamponamenti dei porticati avvengono negli anni 70.

##### Manica Buon Consiglio



Costruzione originaria tra il 1934 e il 1935 con muratura portante in laterizio e orizzontamenti in putrelle in ferro e voltini. Copertura con struttura portante in legno e manto di copertura in tegole di laterizio. In generale si tratta di materiali comuni, non di pregio.

Rimaneggiamenti successivi tra il 1957 e il 1959

#### Manica San Giovanni Battista

Costruzione originaria tra il 1957 e il 1959 con muratura portante in laterizio e orizzontamenti in putrelle in ferro e voltini. Copertura con struttura portante in legno e manto di copertura in tegole di laterizio. In generale si tratta di materiali comuni, non di pregio.

#### Manica Frassati<sup>2</sup>

Costruzione originaria tra il 1935 e il 1937 con muratura portante in laterizio e orizzontamenti in putrelle in ferro e voltini. Copertura con struttura portante in legno e manto di copertura in tegole di laterizio. In generale si tratta di materiali comuni, non di pregio.

Rimaneggiamenti successivi tra il 1975 e il 1978 con introduzione di muratura mista travi e pilastri in cemento armato e solai in latero cemento. I tamponamenti dei porticati avvengono negli anni 70

#### Manica Angeli Custodi

Costruzione originaria tra il 1955 e il 1958 con muratura portante in laterizio e orizzontamenti in putrelle in ferro e voltini. Copertura con struttura portante in legno e manto di copertura in tegole di laterizio. In generale si tratta di materiali comuni, non di pregio.

Rimaneggiamenti successivi tra il 2004 e 2006 con introduzione di muratura mista travi e pilastri in cemento armato e solai in latero cemento. I tamponamenti dei porticati avvengono negli anni 70

### EDIFICIO SANTI INNOCENTI

Costruzione originaria tra il 1937 e il 1939 con muratura portante in laterizio e orizzontamenti in putrelle in ferro e voltini. Copertura con struttura portante in legno e manto di copertura in tegole di laterizio. In generale si tratta di materiali comuni, non di pregio.

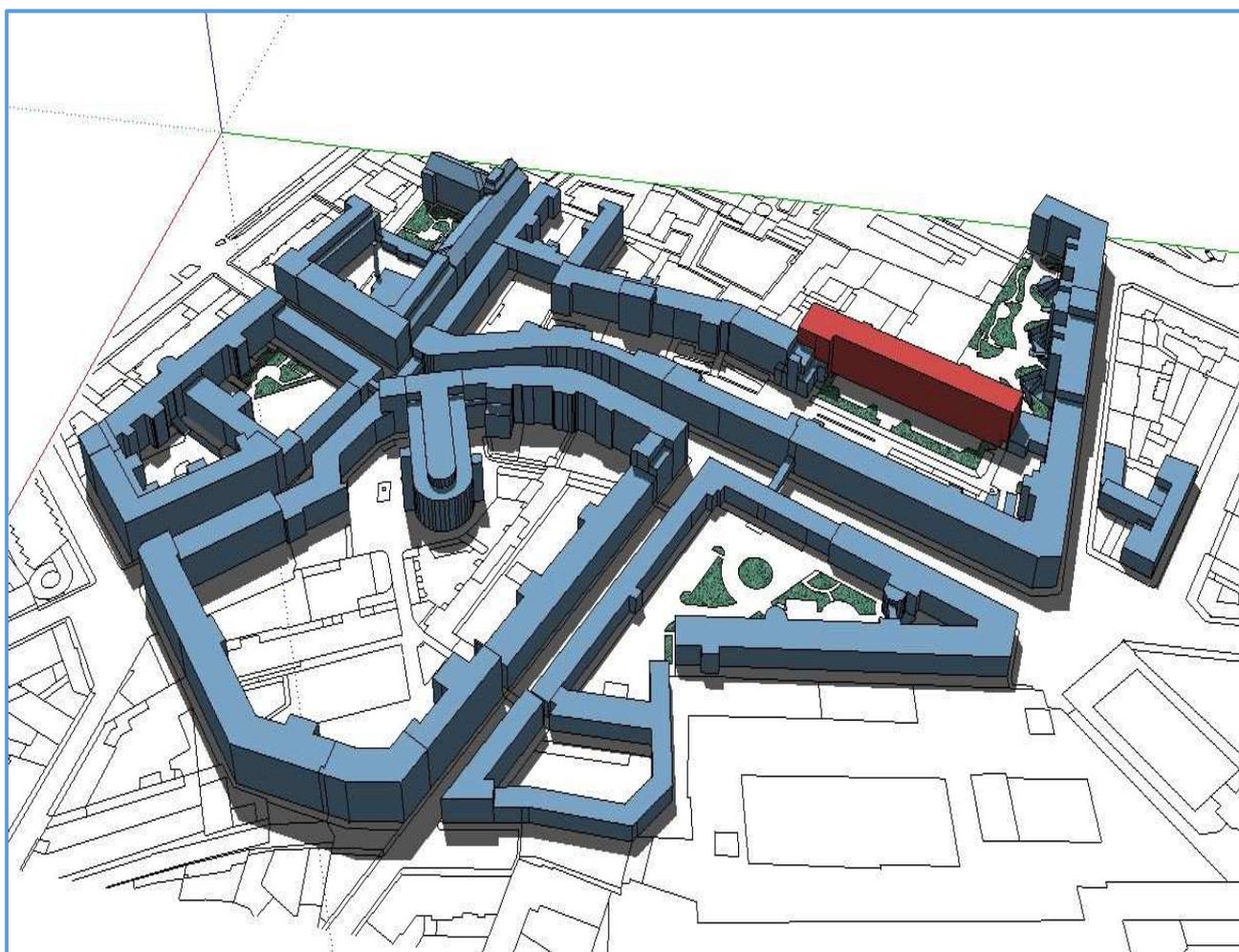
Rimaneggiamenti successivi tra il 1963 e il 1967, tra il 1972 e il 1976, nel 1984, 2003, 2011 e 2017 con introduzione di muratura mista travi e pilastri in cemento armato e solai in latero cemento.

Ristrutturazione edilizio impiantistica con realizzazione di stanze singole e doppie con bagno in camera

## EDIFICIO ANNUNZIATA

Costruzione originaria tra il 1936 e il 1937 con muratura portante in laterizio e orizzontamenti in putrelle in ferro e voltini. Copertura con struttura portante in legno e manto di copertura in tegole di laterizio. In generale si tratta di materiali comuni, non di pregio.

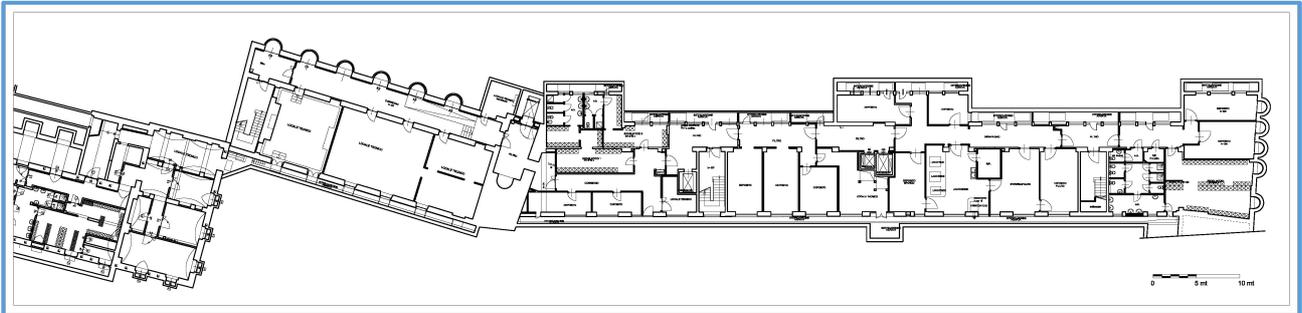
Rimaneggiamenti successivi tra il 1968 e il 1974, con tamponamenti dei porticati e introduzione di muratura mista travi e pilastri in cemento armato e solai in latero cemento, nel 1991, nel 2000, tra il 2005 e il 2007, tra il 2011 e il 2012 con realizzazione di stanze singole e doppie con bagno in camera.



## 4.2 ANALISI ARCHITETTONICA

### EDIFICIO FRASSATI

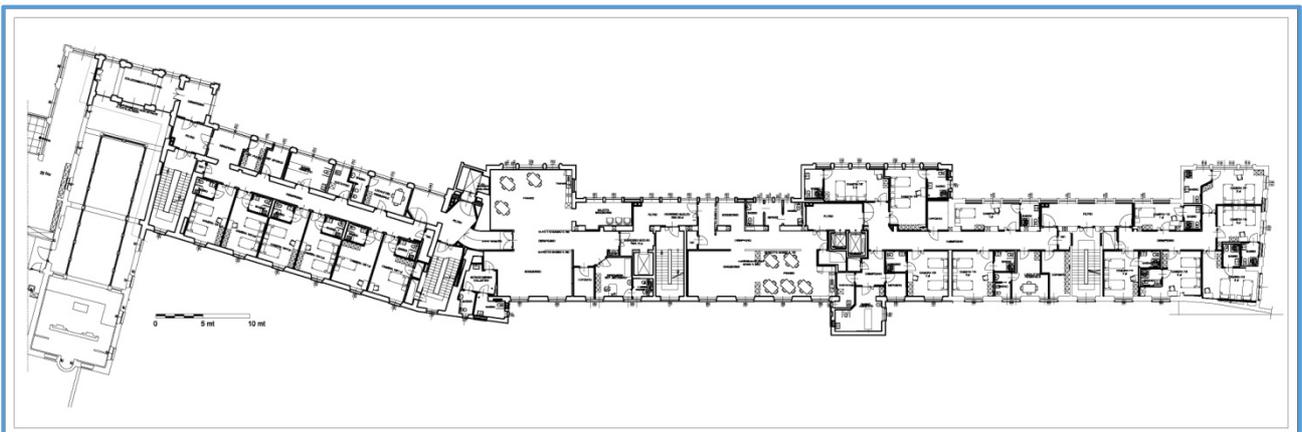
#### ANALISI PLANIMETRICA



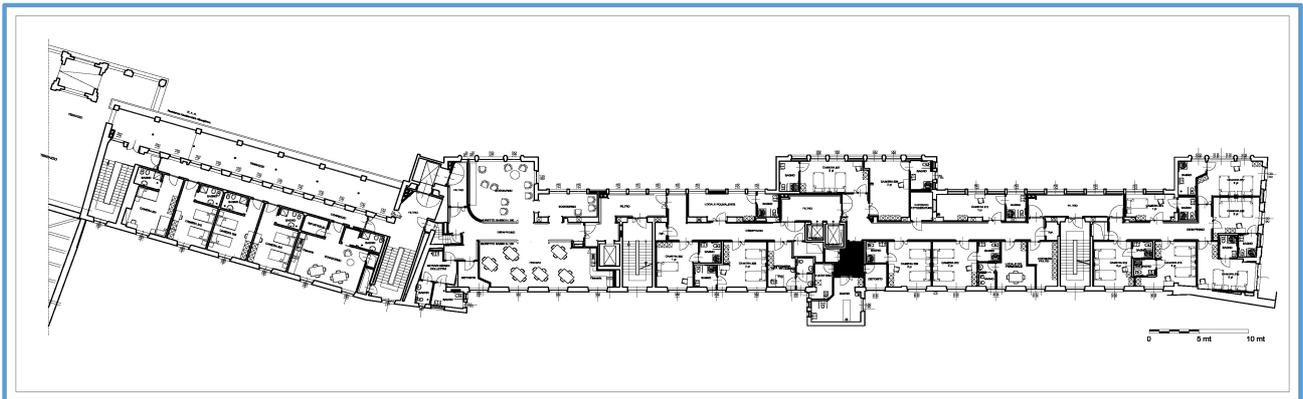
#### Rilievo Piano Interrato



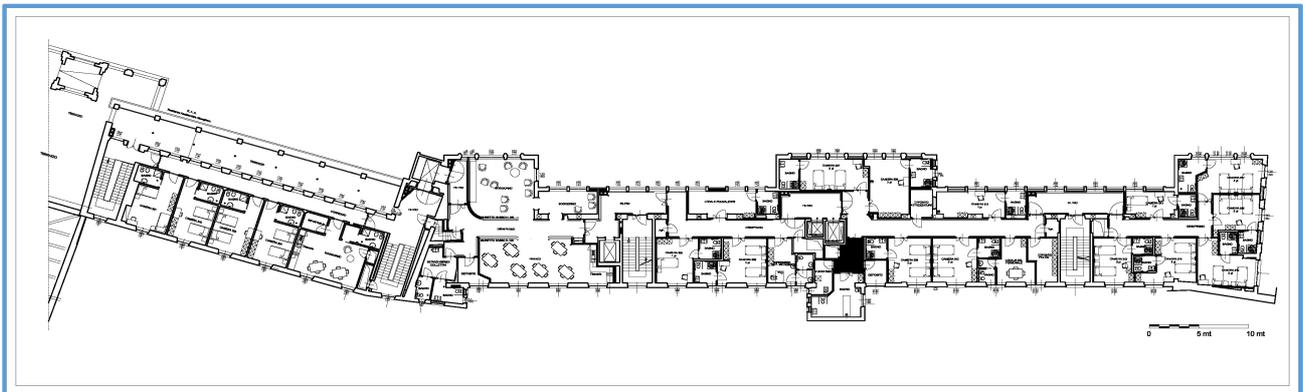
#### Rilievo Piano Terra



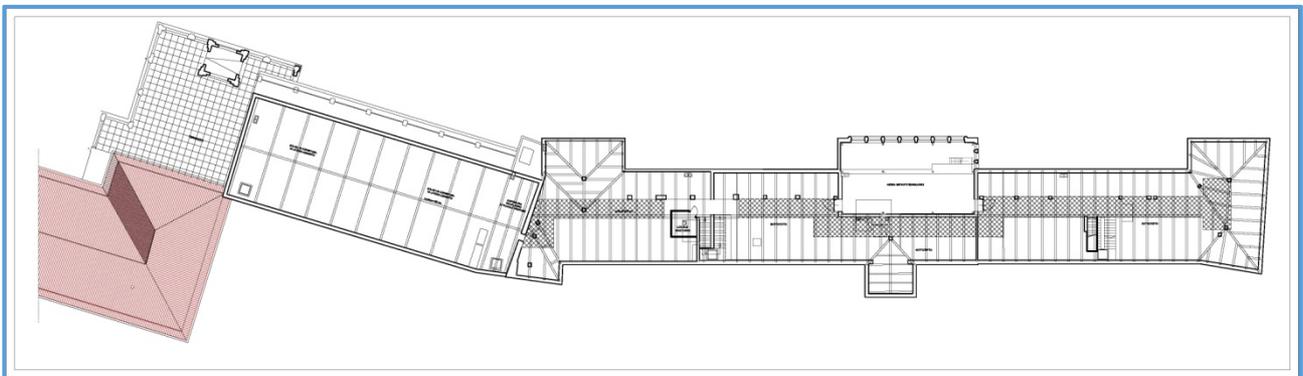
#### Rilievo Piano Primo



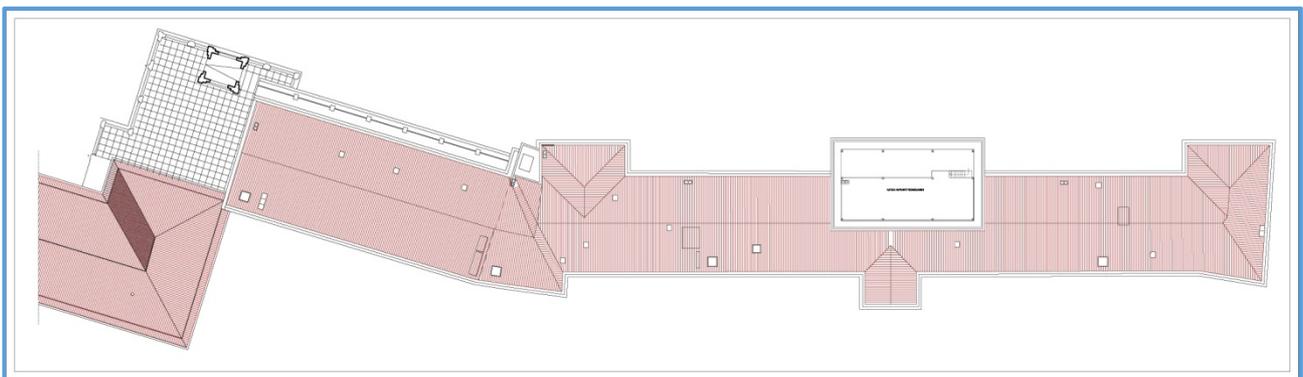
Rilievo Piano Secondo



Rilievo Piano Terzo



Rilievo Piano Sottotetto



Rilievo Planimetria di Copertura

## ANALISI DEI PROSPETTI



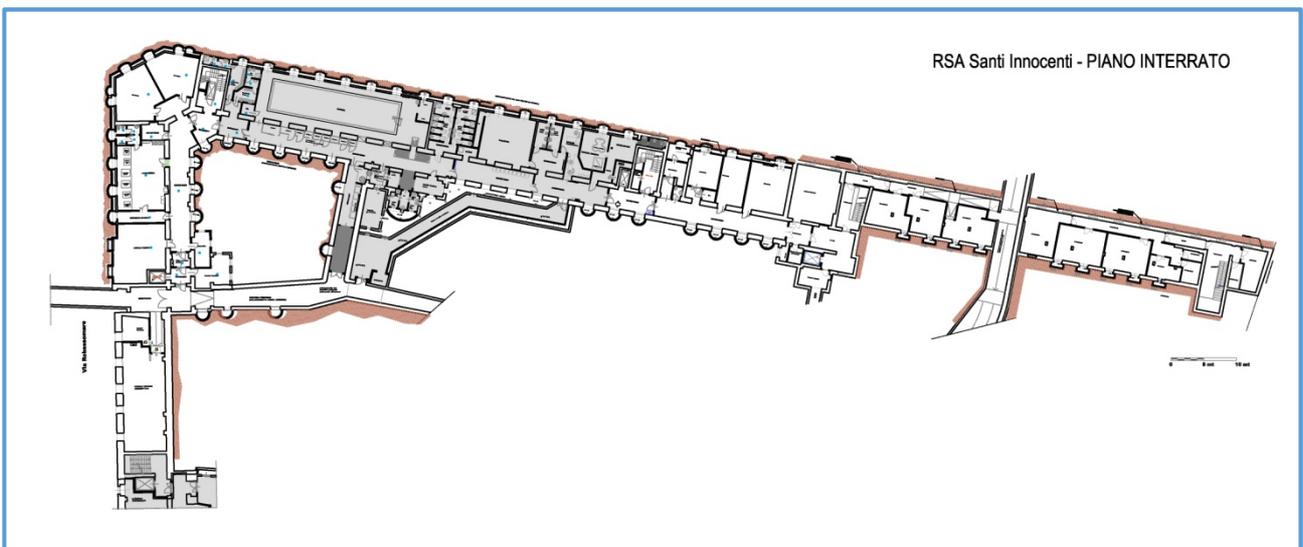
Rilievo Prospetto su cortile interno



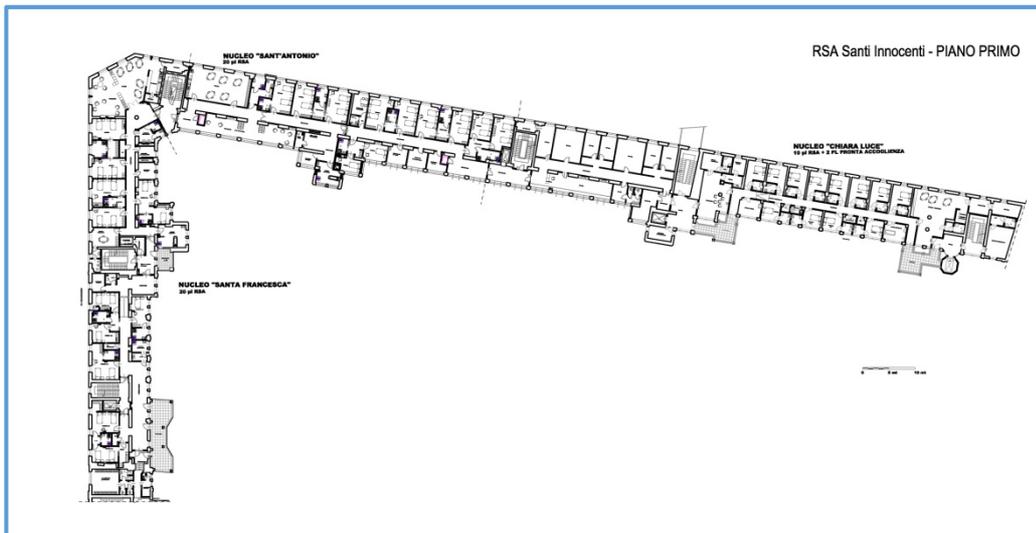
Rilievo Prospetto su Strada

## EDIFICIO SANTI INNOCENTI

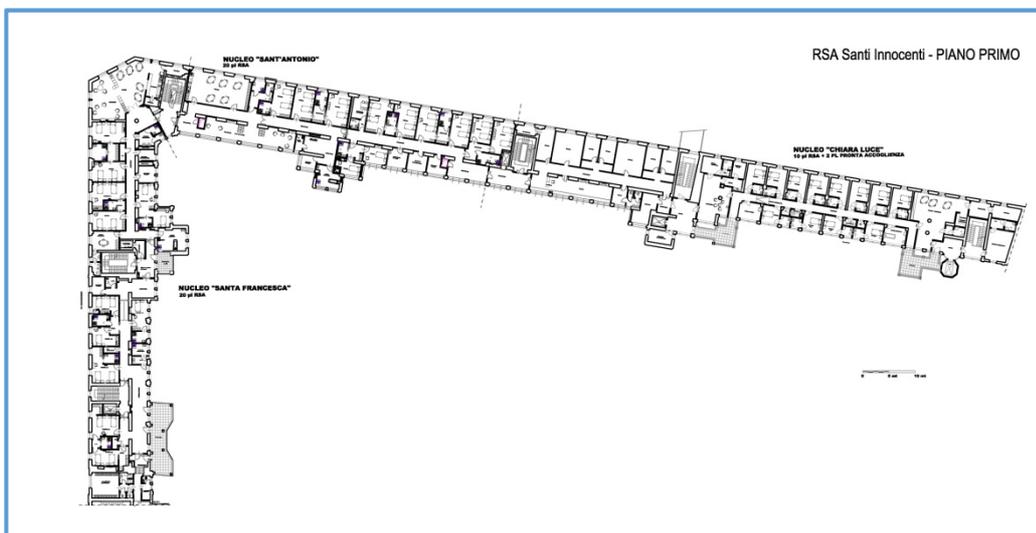
### ANALISI PLANIMETRICA



Rilievo Piano Interrato



Rilievo Piano Terra

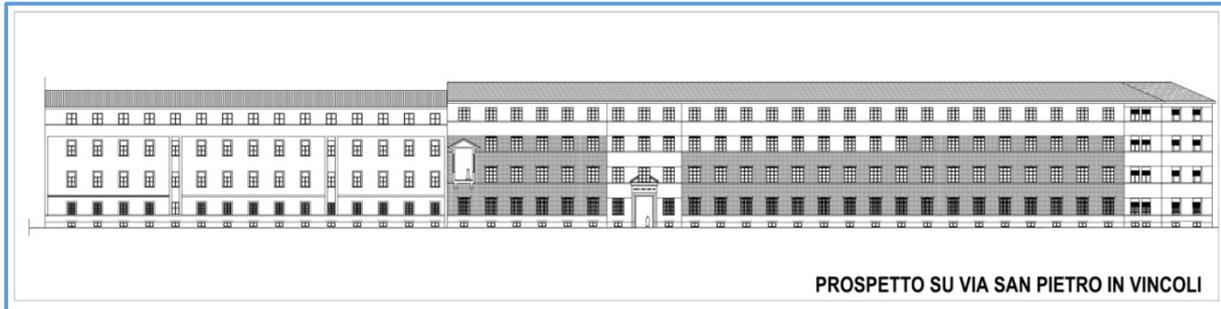


Rilievo Piano Primo

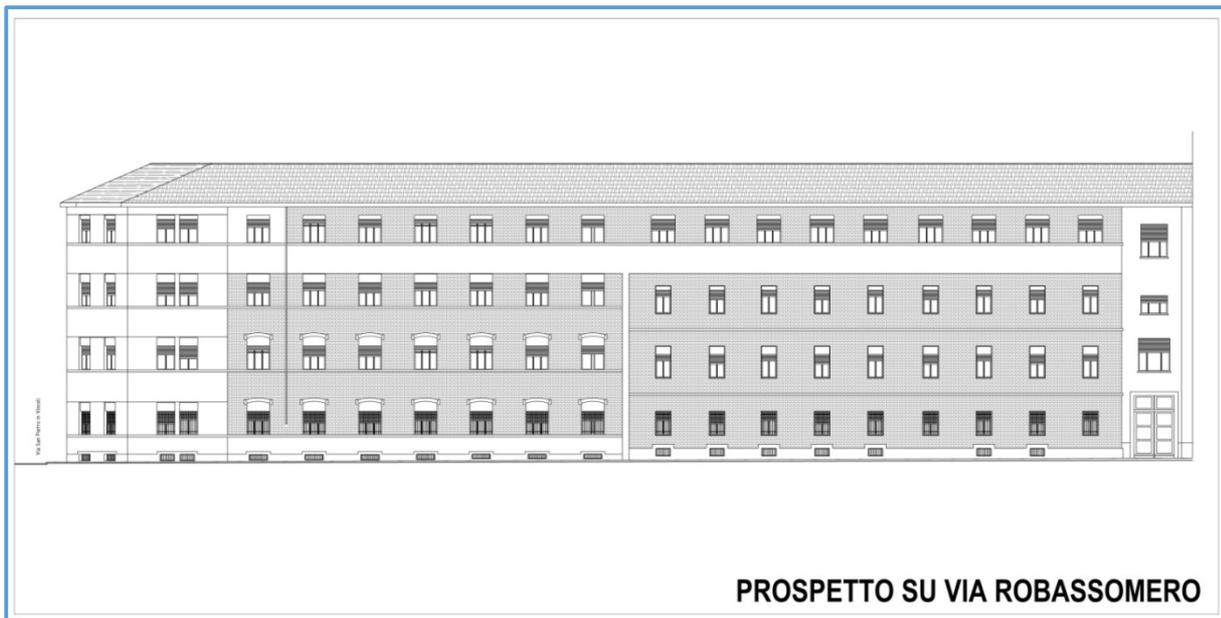


Rilievo Piano Secondo

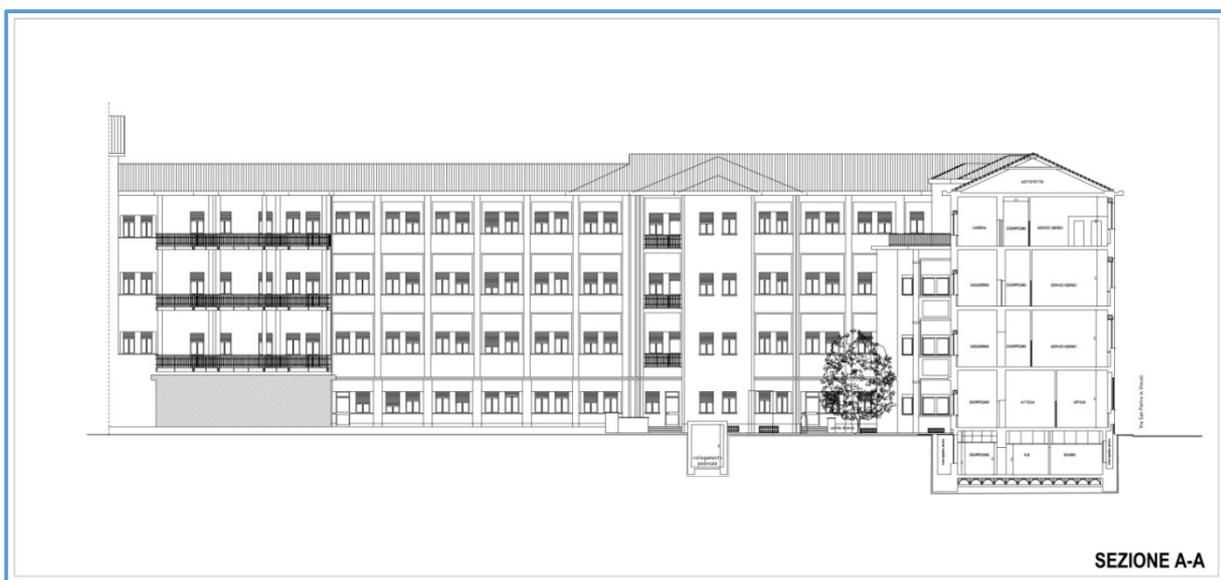
## ANALISI DEI PROSPETTI



Rilievo Prospetto su Via San Pietro in Vincoli

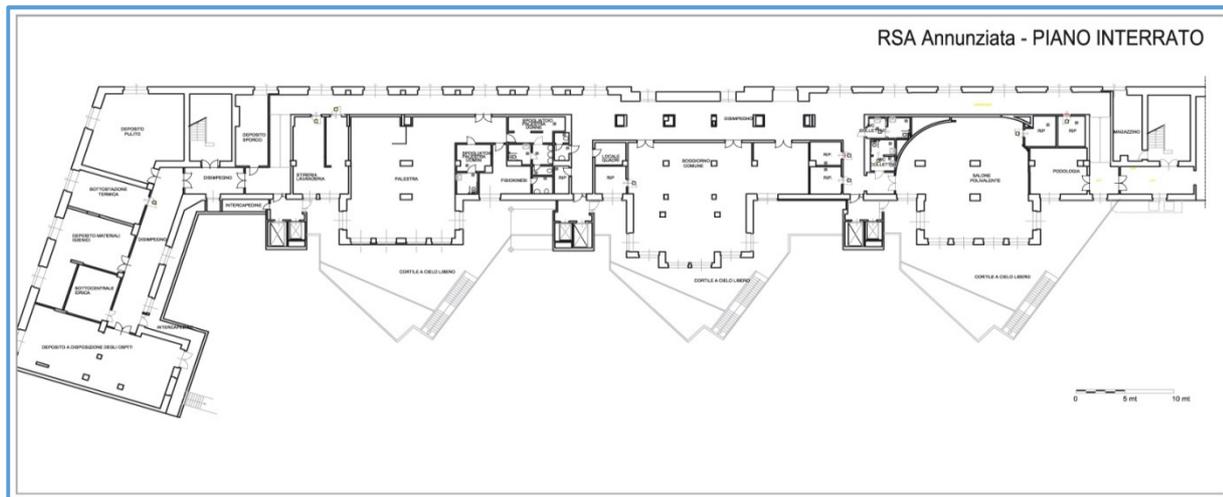


Rilievo Prospetto su Via Robassomero

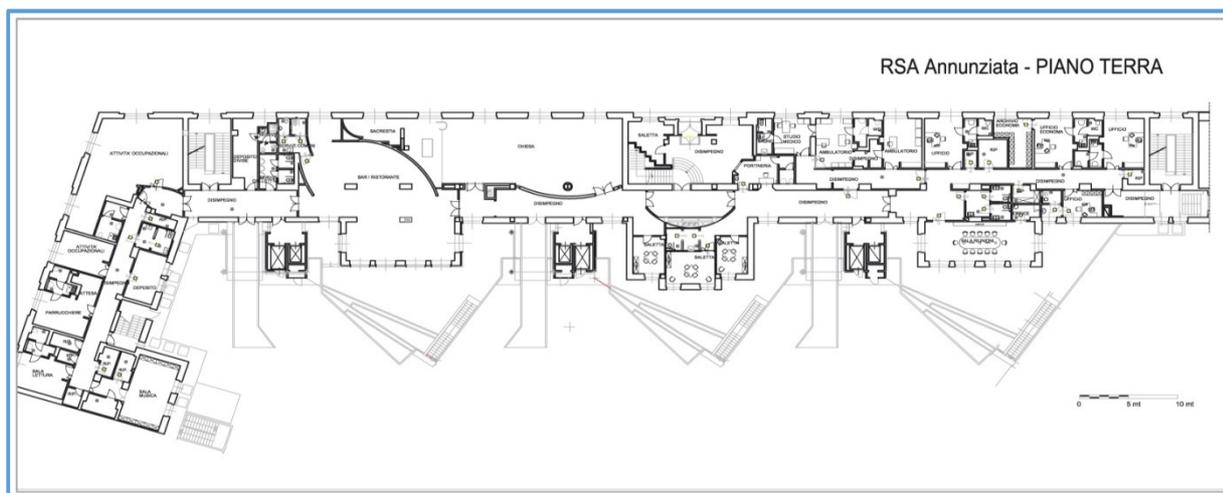


Rilievo Sezione

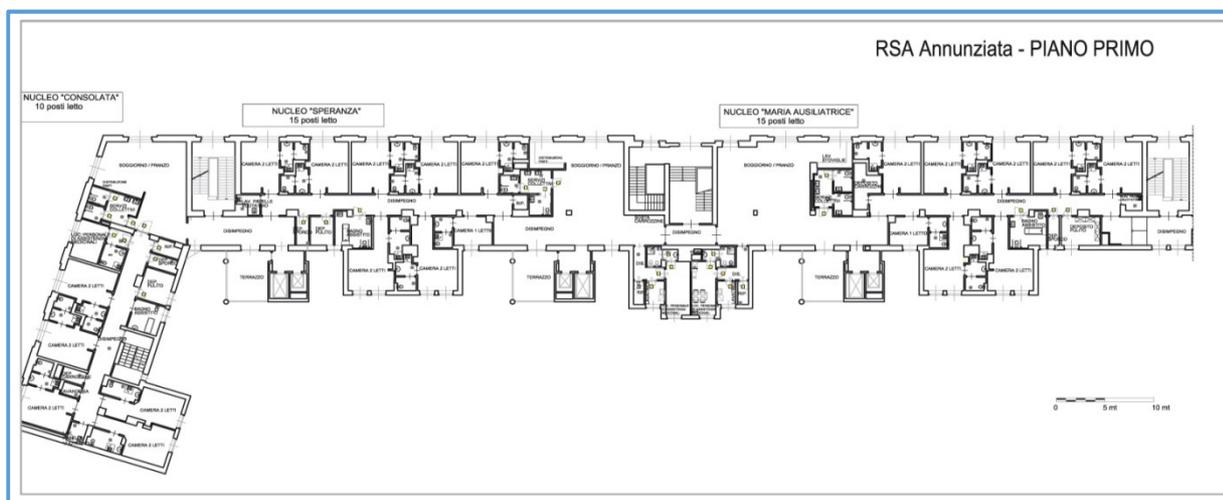
## EDIFICIO SANTA ANNUNZIATA



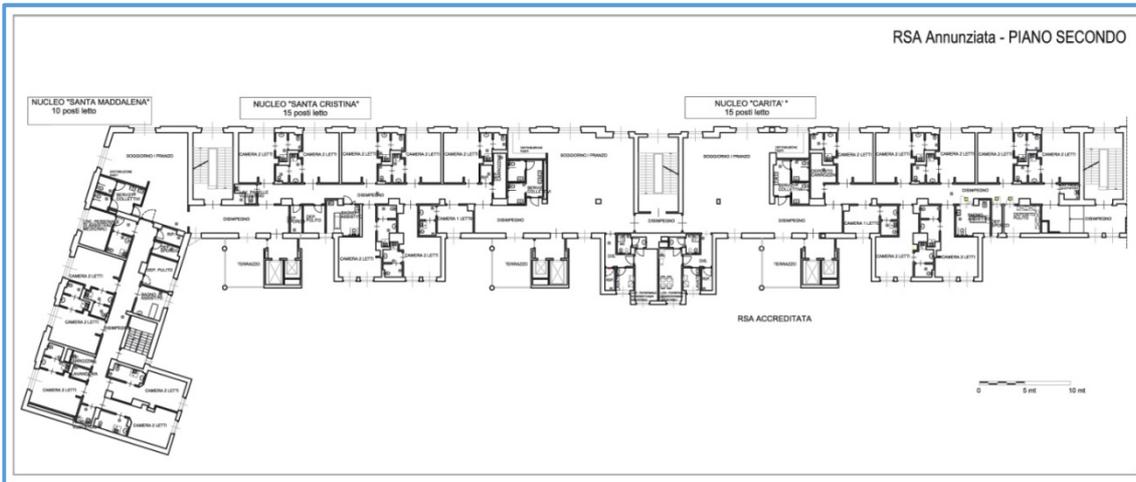
Rilievo Piano Interrato



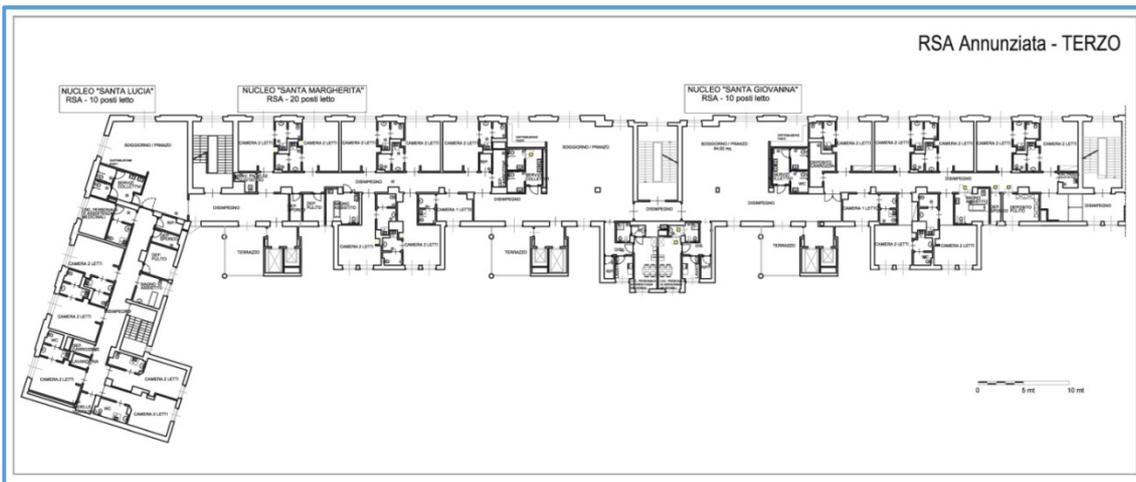
Rilievo Piano Terra



Rilievo Piano Primo

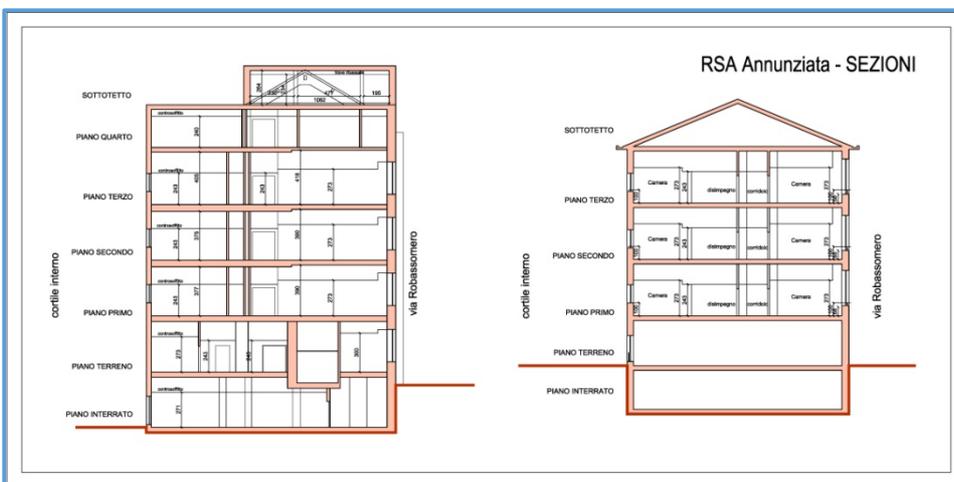


Rilievo Piano Secondo



Rilievo Piano Terzo

### ANALISI DELLE SEZIONI



Rilievo Sezioni



### 4.3 ANALISI IMPIANTISTICA

L'aspetto impiantistico, rappresenta una componente importante ed essenziale per una RSA. Dallo schema seguente si possono vedere quali e quanti elementi interagiscono contemporaneamente per dare il giusto grado di confort e di sicurezza alla struttura.

Impianti meccanici	Impianti di climatizzazione	<i>Impianti di riscaldamento</i>
		<i>Impianti di ventilazione</i>
		<i>Impianti di condizionamento</i>
	Impianti idrici e di scarico	<i>Impianti di sollevamento e distribuzione dell'acqua potabile</i>
		<i>Impianti di produzione e distribuzione dell'acqua calda</i>
		<i>Impianti di scarico dei rifiuti liquidi e di ventilazione</i>
		<i>Impianto di scarico delle acque meteoriche</i>
		<i>Impianti di smaltimento delle acque sanitarie e piovane</i>
		<i>Impianti di irrigazione</i>
	Impianti per la fornitura di servizi vari	<i>Impianti di distribuzione del gas naturale</i>
		<i>Impianti di stoccaggio e distribuzione del GPL</i>
		<i>Impianti per lo spegnimento degli incendi</i>
<i>Impianti fissi di aspirazione polveri</i>		
<i>Impianti fissi di aspirazione rifiuti e biancheria sporca</i>		
<i>Impianti di produzione a trasporto di energia elettrica</i>		
Impianti elettrici	Impianti elettrici di potenza	<i>Sistemi di trasformazione</i>
		<i>Impianti di distribuzione dell'energia elettrica</i>
		<i>Sistemi di protezione e controllo</i>
	Impianti di illuminazione	<i>Impianti di illuminazione interna</i>
		<i>Impianti di illuminazione esterna</i>
		<i>Impianti di illuminazione di emergenza</i>
	Impianti di trasporto	<i>Impianti di sollevamento verticali</i>
		<i>Scale mobili e tappeti mobili</i>
		<i>Impianti per il trasporto automatizzato e posta pneumatica</i>
	Impianti per la comunicazione	<i>Impianti telefonici</i>
		<i>Impianti citofonici e videocitofonici</i>
		<i>Impianti antenne TV</i>
		<i>Impianti multimediali</i>
		<i>Reti locali (LAN)</i>
		<i>Impianti di diffusione sonora</i>
	Impianti per sicurezza e antintrusione	<i>Impianti di protezione alle scariche atmosferiche</i>
		<i>Impianti di messa a terra</i>
		<i>Impianti di rilevazione incendi</i>
<i>Impianti di rilevazione fughe di gas</i>		
<i>Impianti di segnalazione</i>		
<i>Impianti a circuito chiuso (TVCC)</i>		
Impianti di automazione	<i>Impianti di sicurezza interni ed esterni</i>	
	<i>Impianti per il controllo degli accessi</i>	
Sistemi di gestione integrati (building automation)	<i>Automazione di serramenti</i>	
	<i>Automazione di accessi, varchi e barriere esterne</i>	
		<i>Centri di controllo, allarme e gestione</i>

Presso i reparti del Cottolongo sono presenti impianti di riscaldamento e/o di raffrescamento che garantiscono una temperatura interna degli ambienti intorno ai 20 C/22 C nel periodo invernale e non inferiore a quella esterna per più di 6 C (o comunque non inferiore a 26 C) nel periodo estivo. Nello specifico per i reparti di degenza le temperature sono comprese tra 20 C e 24 C in inverno, mentre tra i 22 C e i 26 C in estate; il valore di umidità relativa può variare tra i 40 e il 60% e la velocità dell'aria non è inferiore a 0,2-0,3 m/sec.

Questo valore oltre ad essere connesso alla qualità dell'aria interna è un aspetto che permette, nel periodo di pandemia, di ridurre al minimo la presenza di virus nell'aria. La riduzione del carico



antropico negli ambienti abbinato ad un aumento della portata d'aria immessa direttamente dall'esterno, con l'implementazione dei sistemi di filtraggio presso i sistemi di ventilazione con un monitoraggio continuo degli inquinanti potenzialmente presenti, rappresenta una regola base da seguire in questo periodo di pandemia.

Gli inquinanti - siano essi gas, solidi, liquidi o biologici - possono causare sollecitazioni sensoriali (odori), fisiologiche (mal di testa, affaticamento) e biologiche (irritazioni, allergie, effetti mutageni e carcinogeni) che compromettono lo stato di comfort delle persone, causandone possibili problemi.

Le principali fonti di disagio sono:

- asimmetria radiante, ovvero la differenza di temperatura piana radiante tra due superfici opposte (ad esempio un ospite della struttura posizionato accanto alla parete esterna mal coibentata e quindi molto più fredda delle altre superfici della camera);
- gradiente termico verticale (tra la temperatura dell'aria all'altezza della testa, ad 1,10 m dal suolo, e quella in corrispondenza delle caviglie devono esserci al massimo 3°C di differenza);
- temperatura del pavimento (né troppo calda né troppo fredda);
- presenza di correnti d'aria eccessive

E' molto importante prendere in considerazione non solo le caratteristiche ambientali ma anche l'attività metabolica degli anziani I parametri che influenzano il benessere termo-igrometrico sono: la temperatura [°C], l'umidità relativa [%], la velocità dell'aria [m/s], la qualità dell'aria (intesa anche come inquinamento della stessa), la temperatura delle superfici radianti [°C], il vestiario [m<sup>2</sup>C/W] o [clo] e l'attività svolta dagli occupanti [W/m<sup>2</sup>] o [met]. Proprio a seconda dell'attività che si sta svolgendo e della tipologia di vestiario indossata, il nostro corpo mette in atto processi di termoregolazione con l'obiettivo di mantenere la temperatura corporea intorno ai 37°C.

	INVERNO	ESTATE
<b>Temperatura operativa</b>	Compresa tra 20°C e 24°C	Compresa tra 23°C e 26°C
<b>Differenza verticale di temperatura dell'aria tra 1,1 m e 0,1 m dal pavimento (riferimento testa -caviglia)</b>	Minore di 3°C	Minore di 3°C
<b>Temperatura superficiale del pavimento</b>	Compresa tra 19°C e 26°C, ma si possono progettare sistemi di riscaldamento a pavimento a 29°C	-
<b>Asimmetria della temperatura radiante</b>	Minore di 10°C (rispetto ad elemento piano orizzontale posto a 0,6 m dal pavimento)	
<b>Umidità relativa</b>	Tra 40% e 50%	Tra 50% e 60%

**TABELLA 1 - CONDIZIONI DI BENESSERE CON RIFERIMENTO AD ATTIVITÀ FONDAMENTALMENTE SEDENTARIE**



La condizione di aria secca all'interno degli ambienti è una problematica comune, che oltre a provocare una sensazione di disagio, aumenta la prevalenza della pelle secca (xerosi), uno dei problemi di salute più frequentemente sofferti tra gli anziani, tenendo conto che questi risultano meno sensibili alla bassa umidità e normalmente preferiscono un ambiente più caldo di 2 °C in inverno rispetto alle fasce d'età più giovani. È consigliabile avere negli ambienti chiusi un'umidità minima del 41% contestualmente con una temperatura mantenuta intorno ai 21° C.

Nello specifico si evidenzia la necessità per il futuro di realizzare per ogni reparto specifica unità di trattamento aria con captazione dell'aria pulita esterna e totale espulsione della stessa ad una distanza superiore ai 2 metri, come consigliato dall'ISS per gli impianti aeraulici nelle residenze sanitarie assistenziali. Si dovrebbe inoltre modulare gli impianti tra spazi comuni e singole stanze private degli utenti.

#### 4.4 CONCLUSIONI

Tutti i fabbricati oggetto di analisi sono stati verificati nei rilievi esistenti e implementati nelle parti mancanti con elaborazione in formato vettoriale dei prospetti, delle sezioni e delle planimetrie. Sarà quindi oggetto di analisi futura l'elaborazione con sistema BIM degli stessi per definire tutti gli aspetti manutentivi e gestionali e di sviluppo architettonico urbanistico dell'intera area.

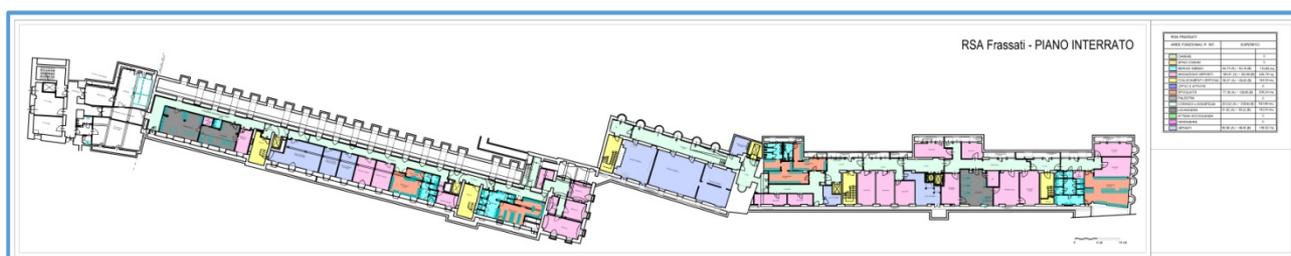
## CAPITOLO V - ANALISI DEI REQUISITI LOGISTICO - FUNZIONALI DELLE R.S.A. DEL COTTOLENGO DI TORINO

Nello studio si è andati a definire in maniera puntuale la disponibilità di spazi destinati alle singole attività private (camere) e pubbliche (locali pranzo, locali di socializzazione e ricreazione) riscontrandone la conformità con le ultime norme tecniche di riferimento della Regione Piemonte e quindi ottenendo i margini di tolleranza per eseguire le varie trasformazioni imposte dal Covid 19 attraverso le proposte progettuali di miglioramento, che tengono conto dei distanziamenti sociali e della separazione dei percorsi per le varie utenze, nonché l'inserimento di spogliatoi ad ogni piano.

### 5.1 ANALISI SPAZIO FUNZIONALE DEGLI AMBIENTI

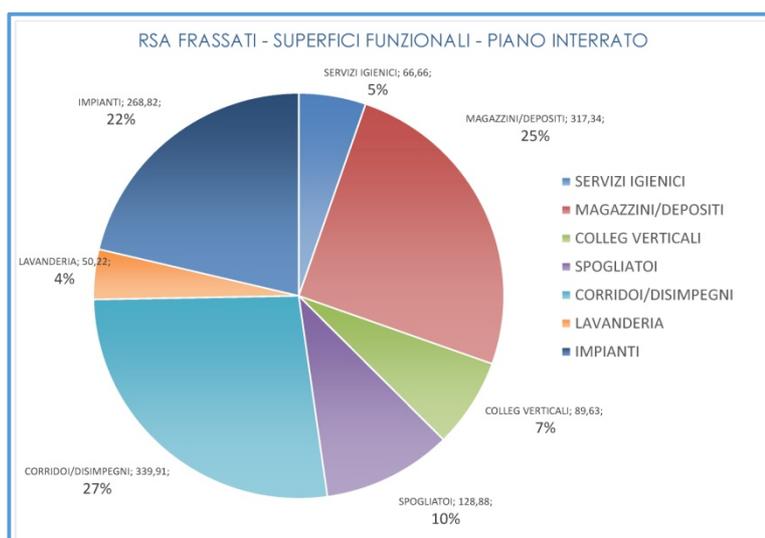
#### FABBRICATO FRASSATI

#### PIANO INTERRATO



**PIANO INTERRATO - SUPERFICI FUNZIONALI**

RSA FRASSATI (A) - PIANO INTERRATO	
CAMERE	0,00
SPAZI COMUNI	0,00
SERVIZI IGIENICI	66,66
MAGAZZINI/DEPOSITI	317,34
COLLEG VERTICALI	89,63
UFFICI E ATTIVITA'	0,00
SPOGLIATOI	128,88
PALESTRA	0,00
CORRIDOI/DISIMPEGNI	339,91
LAVANDERIA	50,22
ATTESA/ACCOGLIENZA	0,00
INFERMERIA	0,00
IMPIANTI	268,82
CHIESA	0,00
<b>TOT</b>	<b>1261,46</b>



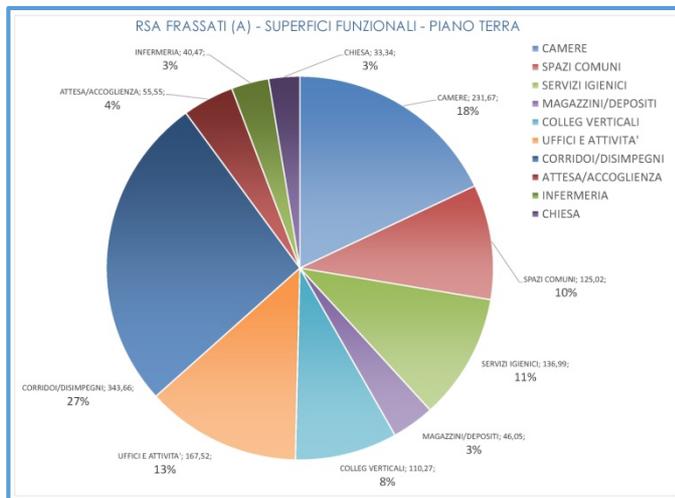
Si evidenzia la presenza di locali di servizio del personale (spogliatoi) e non di locali utilizzati dagli ospiti della struttura, di locali destinati ad impianti tecnici e lavanderia.

**PIANO TERRA**



**PIANO TERRA - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI**

RSA FRASSATI (A) - PIANO TERRA	
CAMERE	231,67
SPAZI COMUNI	125,02
SERVIZI IGIENICI	136,99
MAGAZZINI/DEPOSITI	46,05
COLLEG VERTICALI	110,27
UFFICI E ATTIVITA'	167,52
SPOGLIATOI	0,00
PALESTRA	0,00
CORRIDOI/DISIMPEGNI	343,66
LAVANDERIA	0,00
ATTESA/ACCOGLIENZA	55,55
INFERMERIA	40,47
IMPIANTI	0,00
CHIESA	33,34
<b>TOT</b>	<b>1290,54</b>



Si evidenzia la presenza di locali di servizio amministrativo del personale con alcune camere private destinate in periodo Covid all'accoglienza dei nuovi ingressi (10 gg di permanenza cautelativa, prima di essere inviati definitivamente al reparto).

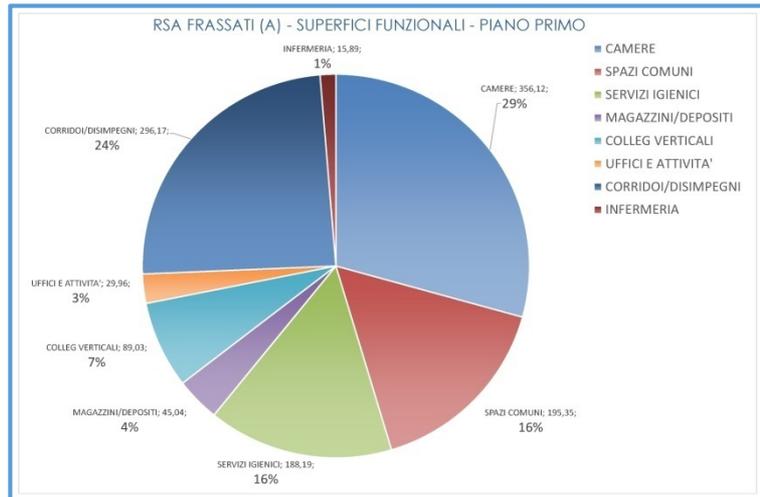
**PIANO PRIMO**



**PIANO TERRA - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI**



RSA FRASSATI (A) - PIANO PRIMO	
CAMERE	356,12
SPAZI COMUNI	195,35
SERVIZI IGIENICI	188,19
MAGAZZINI/DEPOSITI	45,04
COLLEG VERTICALI	89,03
UFFICI E ATTIVITA'	29,96
SPOGLIATOI	0
PALESTRA	0
CORRIDOI/DISIMPEGNI	296,17
LAVANDERIA	0
ATTESA/ACCOGLIENZA	0
INFERMERIA	15,89
IMPIANTI	0
CHIESA	0
TOT	1215,75



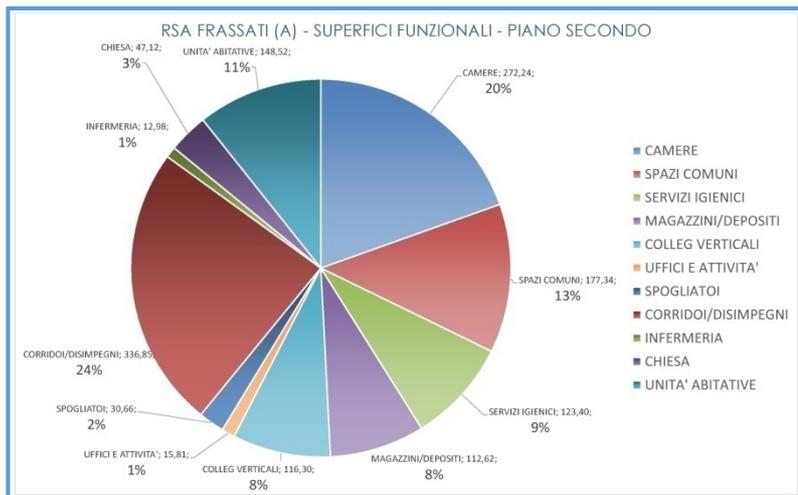
Si evidenzia la presenza di locali adibiti a spazi comuni per i degenti e le singole camere.

PIANO SECONDO



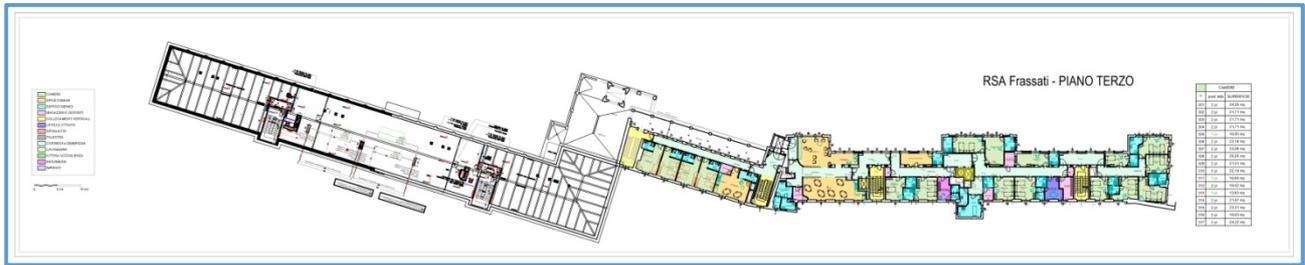
PIANO SECONDO - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI

RSA FRASSATI (A) - PIANO SECONDO	
CAMERE	272,24
SPAZI COMUNI	177,34
SERVIZI IGIENICI	123,4
MAGAZZINI/DEPOSITI	112,62
COLLEG VERTICALI	116,3
UFFICI E ATTIVITA'	15,81
SPOGLIATOI	30,66
PALESTRA	0
CORRIDOI/DISIMPEGNI	336,85
LAVANDERIA	0
ATTESA/ACCOGLIENZA	0
INFERMERIA	12,98
IMPIANTI	0
CHIESA	47,12
UNITA' ABITATIVE	148,52
TOT	1393,84



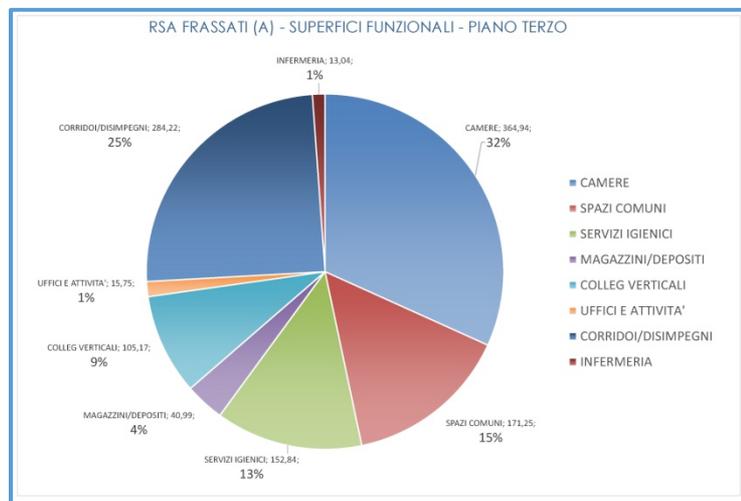
Si evidenzia la presenza di locali adibiti a spazi comuni per i degenti e le singole camere.

**PIANO TERZO**



**PIANO TERZO - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI**

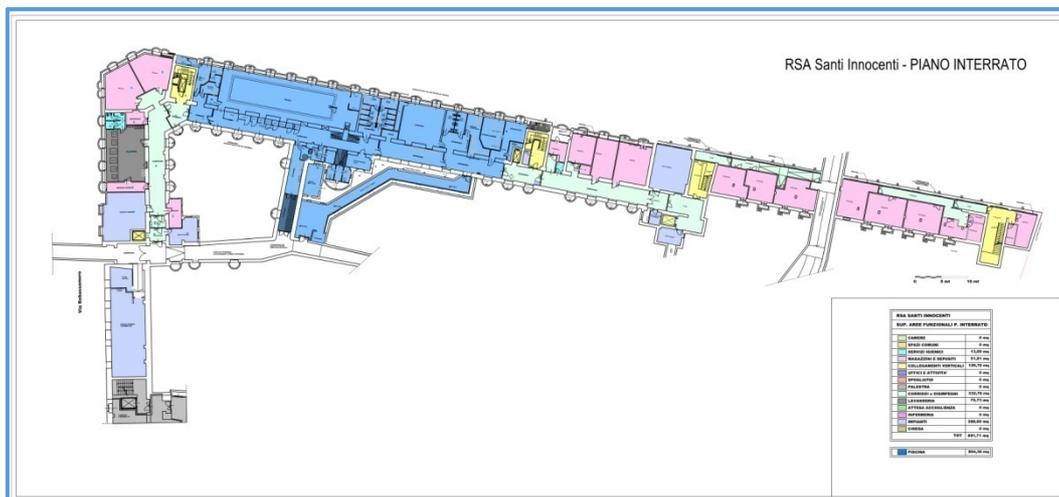
RSA FRASSATI (A) - PIANO TERZO	
CAMERE	364,94
SPAZI COMUNI	171,25
SERVIZI IGIENICI	152,84
MAGAZZINI/DEPOSITI	40,99
COLLEG VERTICALI	105,17
UFFICI E ATTIVITA'	15,75
SPOGLIATOI	0,00
PALESTRA	0,00
CORRIDOI/DISIMPEGNI	284,22
LAVANDERIA	0,00
ATTESA/ACCOGLIENZA	0,00
INFERMERIA	13,04
IMPIANTI	0,00
CHIESA	0,00
<b>TOT</b>	<b>1148,20</b>



Si evidenzia la presenza di locali adibiti a spazi comuni per i degenti e le singole camere.

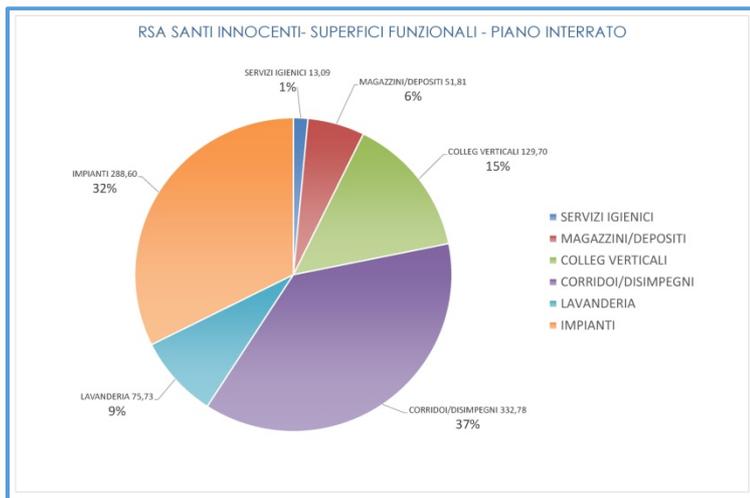
**FABBRICATO SANTI INNOCENTI**

**PIANO INTERRATO**



**PIANO INTERRATO - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI**

RSA SANTI INNOCENTI - PIANO INTERRATO	
CAMERE	0,00
SPAZI COMUNI	0,00
SERVIZI IGIENICI	13,09
MAGAZZINI/DEPOSITI	51,81
COLLEG VERTICALI	129,70
UFFICI E ATTIVITA'	0,00
SPOGLIATOI	0,00
PALESTRA	0,00
CORRIDOI/DISIMPEGNI	332,78
LAVANDERIA	75,73
ATTESA/ACCOGLIENZA	0,00
INFERMERIA	0,00
IMPIANTI	288,60
CHIESA	0,00
<b>TOT</b>	<b>891,71</b>



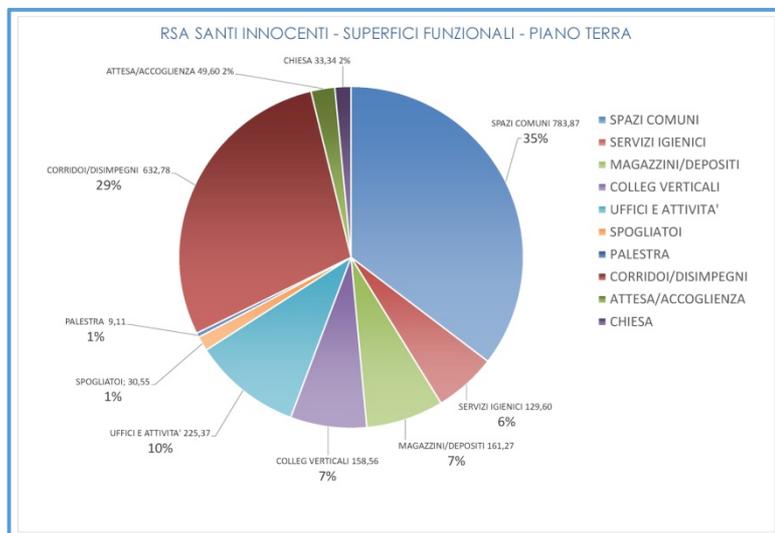
Si evidenzia la presenza di locali di deposito, di locali destinati ad impianti tecnici e lavanderia.

**PIANO TERRA**



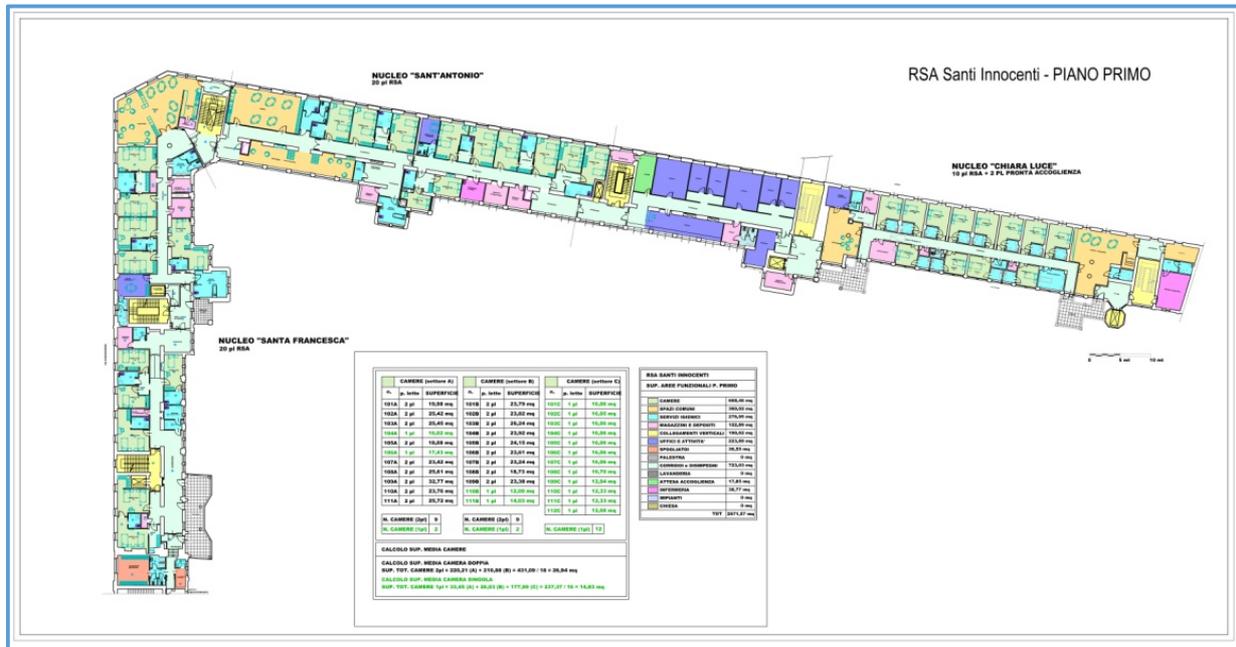
**PIANO TERRA - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI**

RSA SANTI INNOCENTI - PIANO TERRA	
CAMERE	0,00
SPAZI COMUNI	783,87
SERVIZI IGIENICI	129,60
MAGAZZINI/DEPOSITI	161,27
COLLEG VERTICALI	158,56
UFFICI E ATTIVITA'	225,37
SPOGLIATOI	30,55
PALESTRA	9,11
CORRIDOI/DISIMPEGNI	632,78
LAVANDERIA	0,00
ATTESA/ACCOGLIENZA	49,60
INFERMERIA	0,00
IMPIANTI	0,00
CHIESA	33,34
<b>TOT</b>	<b>2214,05</b>



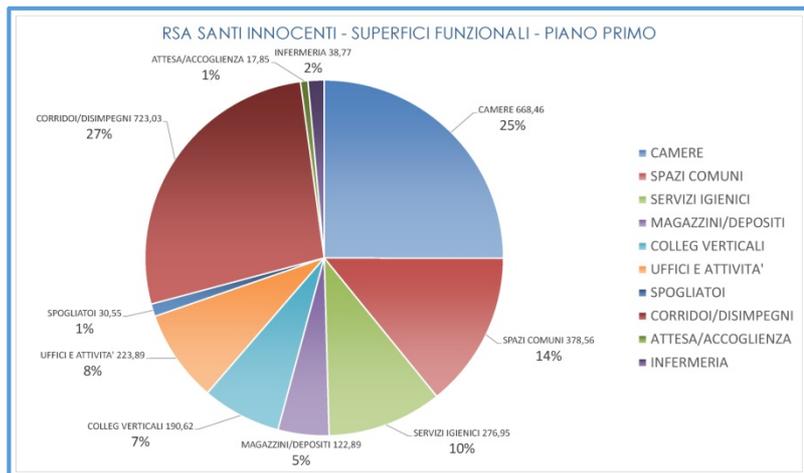
Si evidenzia la presenza di locali uffici amministrativi, spogliatoio del personale, palestra e locale accoglienza oltre che la chiesa.

**PIANO PRIMO**



**PIANO PRIMO - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI**

RSA SANTI INNOCENTI - PIANO PRIMO	
CAMERE	668,46
SPAZI COMUNI	378,56
SERVIZI IGIENICI	276,95
MAGAZZINI/DEPOSITI	122,89
COLLEG VERTICALI	190,62
UFFICI E ATTIVITA'	223,89
SPOGLIATOI	30,55
PALESTRA	0
CORRIDOI/DISIMPEGNI	723,03
LAVANDERIA	0
ATTESA/ACCogliENZA	17,85
INFERMERIA	38,77
IMPIANTI	0
CHIESA	0
<b>TOT</b>	<b>2671,57</b>



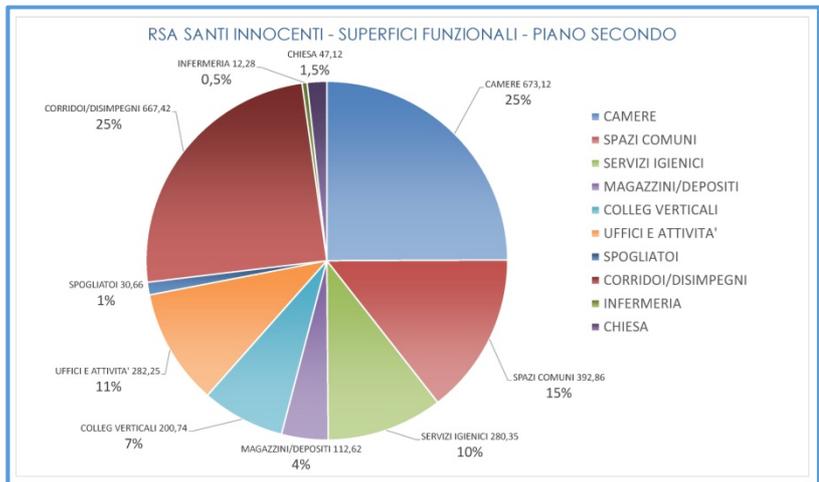
Si evidenzia la presenza di locali adibiti a spazi comuni per i degenti e le singole camere.

**PIANO SECONDO**



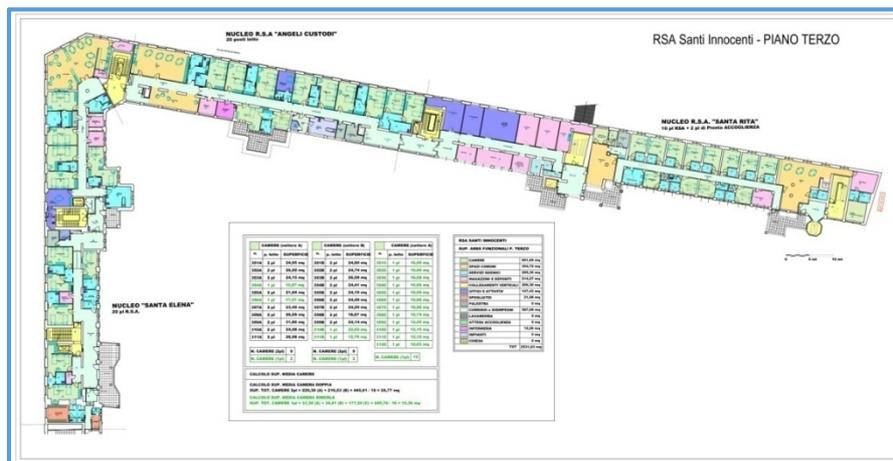
**PIANO SECONDO - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI**

RSA SANTI INNOCENTI - PIANO SECONDO	
CAMERE	673,12
SPAZI COMUNI	392,86
SERVIZI IGIENICI	280,35
MAGAZZINI/DEPOSITI	112,62
COLLEG VERTICALI	200,74
UFFICI E ATTIVITA'	282,25
SPOGLIATOI	30,66
PALESTRA	0
CORRIDOI/DISIMPEGNI	667,42
LAVANDERIA	0
ATTESA/ACCOGLIENZA	0
INFERMERIA	12,28
IMPIANTI	0
CHIESA	47,12
<b>TOT</b>	<b>2699,42</b>



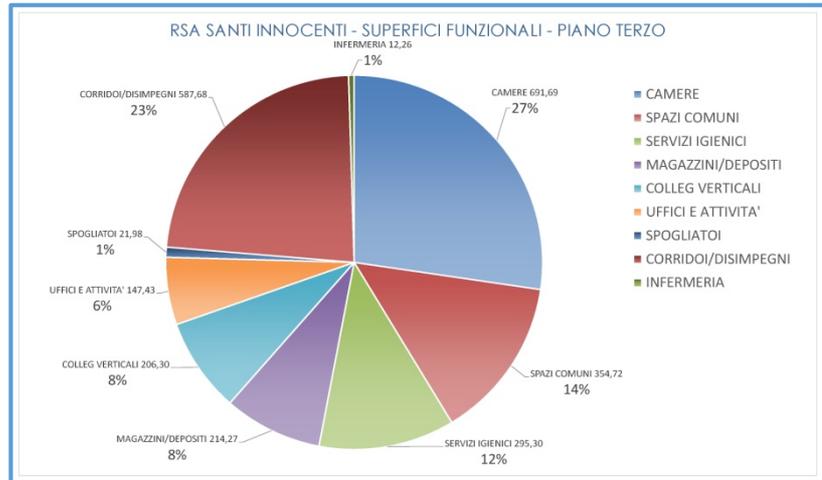
Si evidenzia la presenza di locali adibiti a spazi comuni per i degenti e le singole camere.

**PIANO TERZO**



**PIANO TERZO - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI**

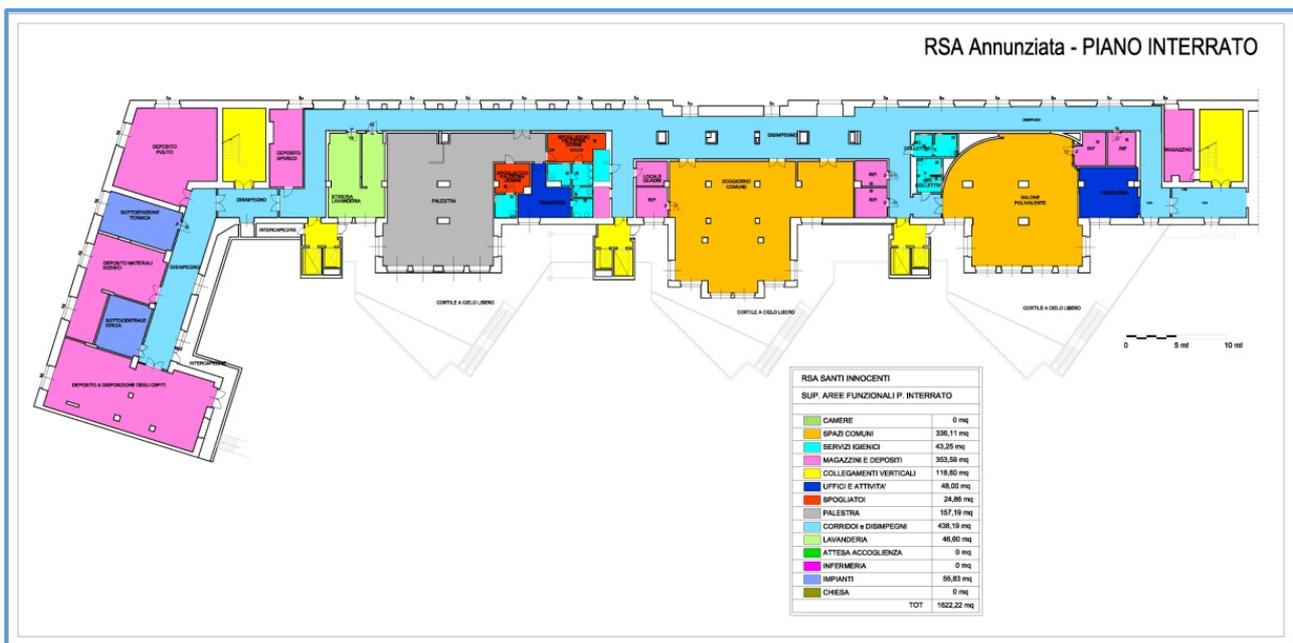
RSA SANTI INNOCENTI - PIANO TERZO	
CAMERE	691,69
SPAZI COMUNI	354,72
SERVIZI IGIENICI	295,3
MAGAZZINI/DEPOSITI	214,27
COLLEG VERTICALI	206,3
UFFICI E ATTIVITA'	147,43
SPOGLIATOI	21,98
PALESTRA	0
CORRIDOI/DISIMPEGNI	587,68
LAVANDERIA	0
ATTESA/ACCOGLIENZA	0
INFERMERIA	12,26
IMPIANTI	0
CHIESA	0
<b>TOT</b>	<b>2531,63</b>



Si evidenzia la presenza di locali adibiti a spazi comuni per i degenti e le singole camere.

## FABBRICATO SANTA ANNUNZIATA

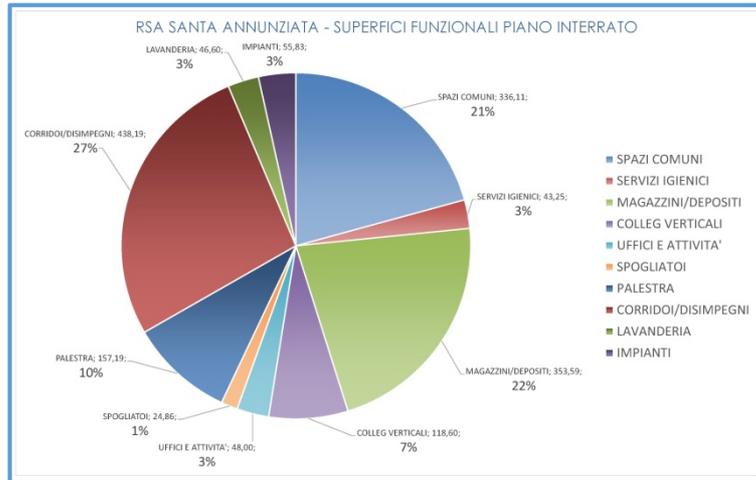
### PIANO INTERRATO



PIANO INTERRATO - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI

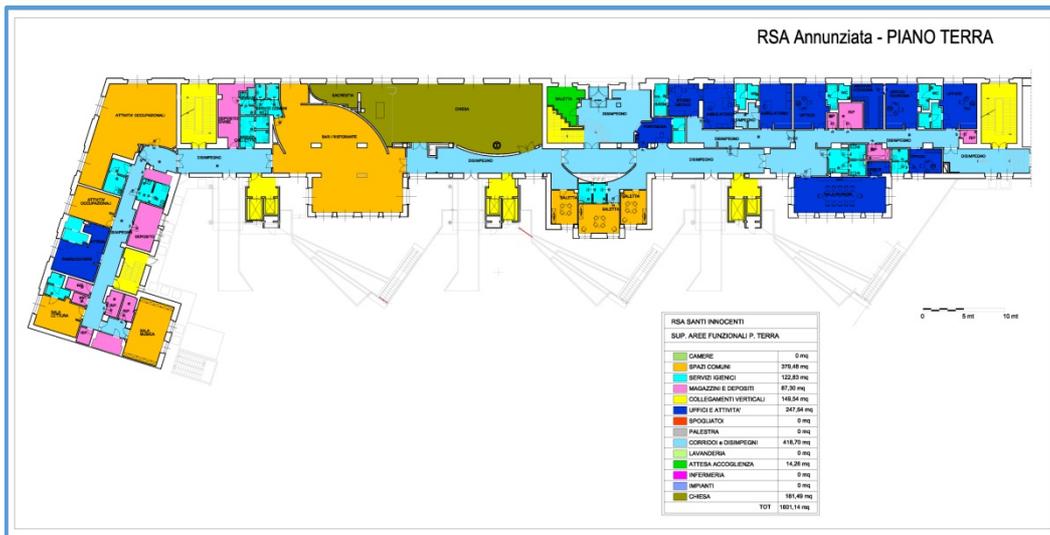


RSA ST. ANNUNZIATA - PIANO INTERRATO	
CAMERE	0,00
SPAZI COMUNI	336,11
SERVIZI IGIENICI	43,25
MAGAZZINI/DEPOSITI	353,59
COLLEG VERTICALI	118,60
UFFICI E ATTIVITA'	48,00
SPOGLIATOI	24,86
PALESTRA	157,19
CORRIDOI/DISIMPEGNI	438,19
LAVANDERIA	46,60
ATTESA/ACCOGLIENZA	0,00
INFERMERIA	0,00
IMPIANTI	55,83
CHIESA	0,00
<b>TOT</b>	<b>1622,22</b>



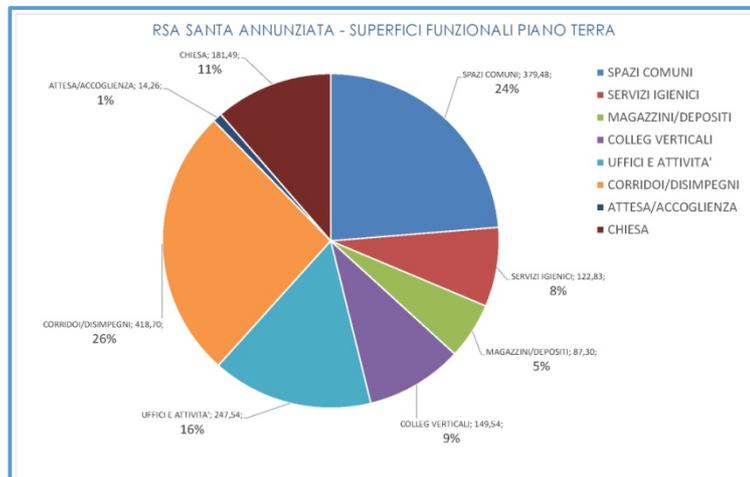
Si evidenzia la presenza di locali di deposito, di locali destinati ad impianti tecnici e lavanderia.

PIANO TERRA



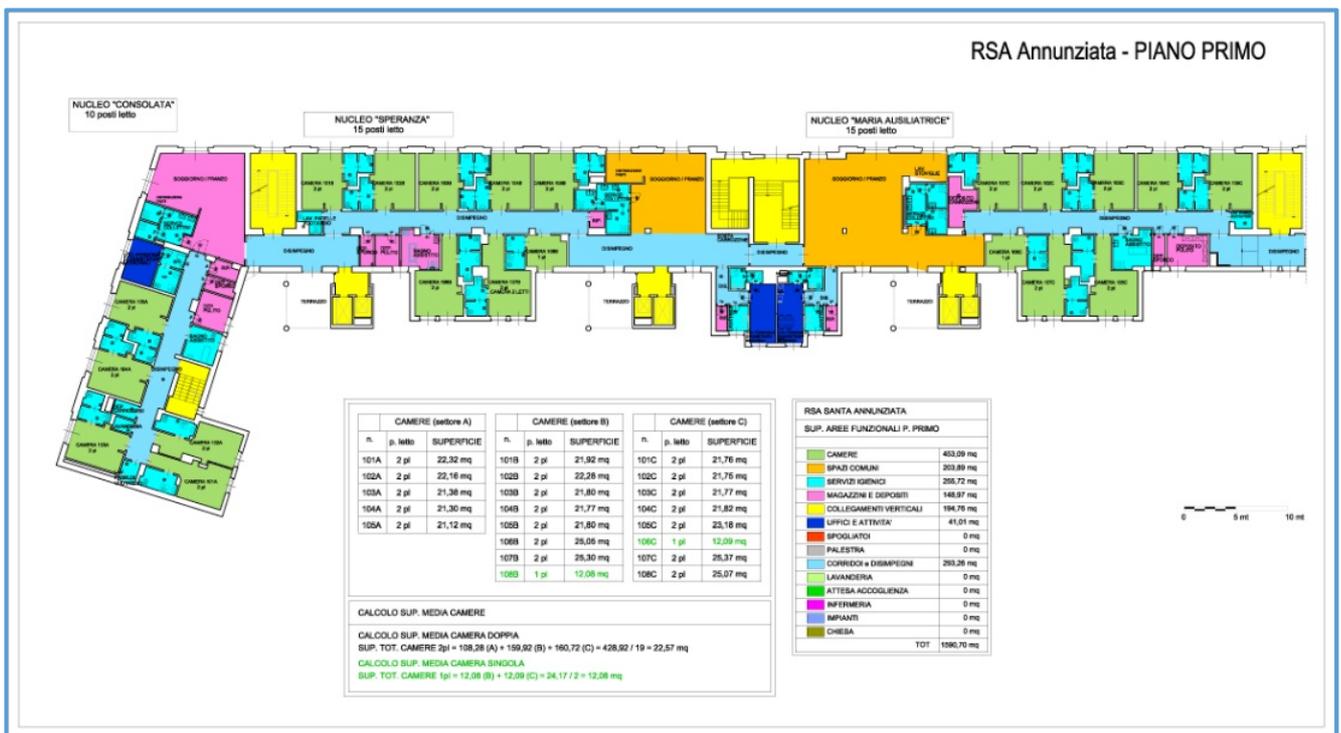
PIANO TERRA - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI

RSA S.T ANNUNZIATA - PIANO TERRA	
CAMERE	0,00
SPAZI COMUNI	379,48
SERVIZI IGIENICI	122,83
MAGAZZINI/DEPOSITI	87,30
COLLEG VERTICALI	149,54
UFFICI E ATTIVITA'	247,54
SPOGLIATOI	0,00
PALESTRA	0,00
CORRIDOI/DISIMPEGNI	418,70
LAVANDERIA	0,00
ATTESA/ACCOGLIENZA	14,26
INFERMERIA	0,00
IMPIANTI	0,00
CHIESA	181,49
<b>TOT</b>	<b>1601,14</b>



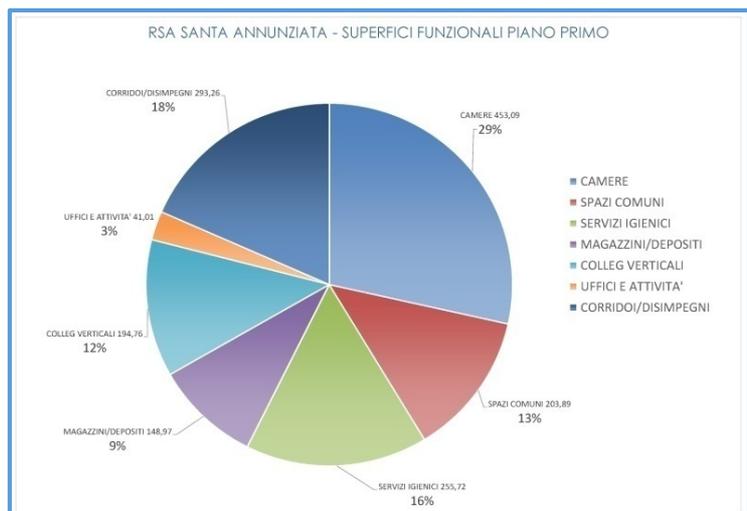
Si evidenzia la presenza di locali uffici amministrativi, spogliatoio del personale, palestra e locale accoglienza oltre che la chiesa.

PIANO PRIMO



PIANO PRIMO - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI

RSA S.T ANNUNZIATA - PIANO SECONDO	
CAMERE	453,03
SPAZI COMUNI	168,75
SERVIZI IGIENICI	257,89
MAGAZZINI/DEPOSITI	153,58
COLLEG VERTICALI	169,16
UFFICI E ATTIVITA'	41,01
SPOGLIATOI	0
PALESTRA	0
CORRIDOI/DISIMPEGNI	352,22
LAVANDERIA	0
ATTESA/ACCOGLIENZA	0
INFERMERIA	0
IMPIANTI	0
CHIESA	0
<b>TOT</b>	<b>1595,64</b>



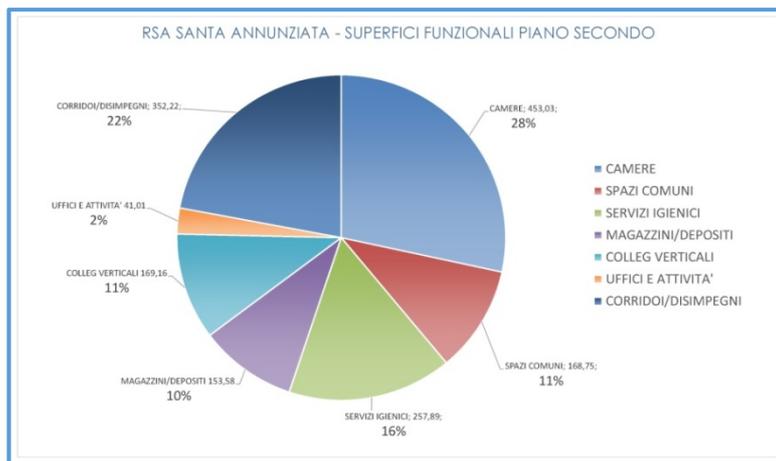
Si evidenzia la presenza di locali adibiti a spazi comuni per i degenti e le singole camere.

PIANO SECONDO



PIANO SECONDO - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI

RSA S.T ANNUNZIATA - PIANO SECONDO	
CAMERE	453,03
SPAZI COMUNI	168,75
SERVIZI IGIENICI	257,89
MAGAZZINI/DEPOSITI	153,58
COLLEG VERTICALI	169,16
UFFICI E ATTIVITA'	41,01
SPOGLIATOI	0
PALESTRA	0
CORRIDOI/DISIMPEGNI	352,22
LAVANDERIA	0
ATTESA/ACCOGLIENZA	0
INFERMERIA	0
IMPIANTI	0
CHIESA	0
<b>TOT</b>	<b>1595,64</b>

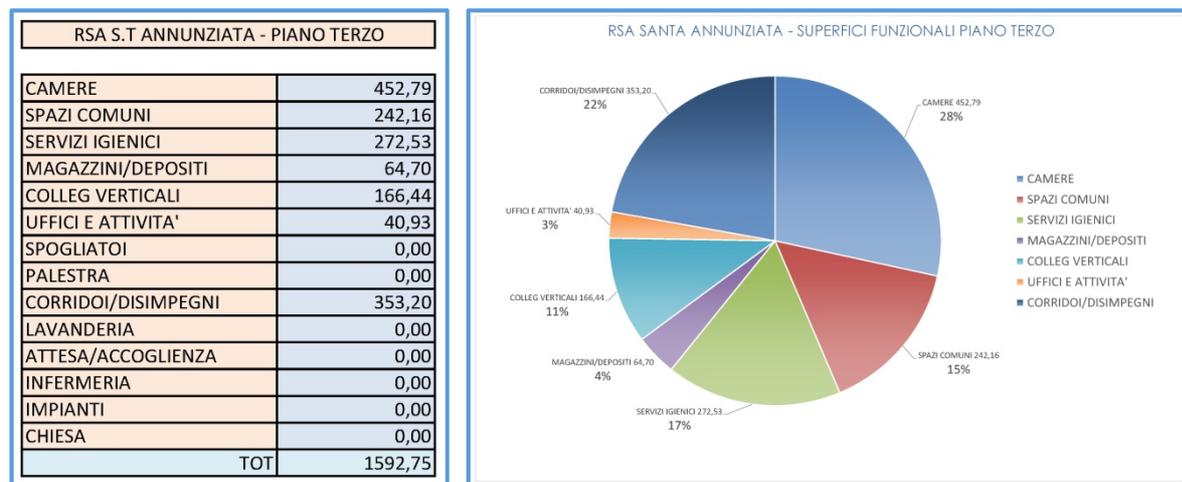


Si evidenzia la presenza di locali adibiti a spazi comuni per i degenti e le singole camere.

PIANO TERZO



**PIANO TERZO - PLANIMETRIA SUPERFICI FUNZIONALI**



Si evidenzia la presenza di locali adibiti a spazi comuni per i degenti e le singole camere.

**5.2 ANALISI SPAZIO-LOGISTICO DEI PERCORSI**

Nello studio si è andati a definire per gli operatori socio-sanitari (medici, infermieri professionali, operatori socio assistenziali, educatori, fisioterapisti) i percorsi di entrata / uscita dal fabbricato con i loro spostamenti all'interno dei reparti.

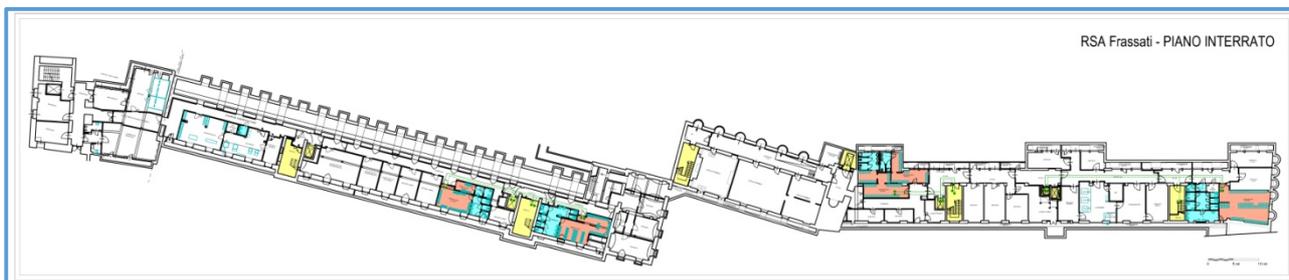
Si è quindi andati ad individuare i possibili contatti critici con le relative proposte di miglioramento.

FUNZIONE	ORARIO LAVORO	MANSIONE	LUOGO DI LAVORO PRIMARIO	LUOGO DI LAVORO SECONDARIO	INTERFERENZA NEI PERCORSI DI ENTRATA E USCITA
1. DIRETTORE DI STRUTTURA	periodo diurno	Controllo dell'intero reparto	Ufficio	Camere Ospiti	2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9
2. ASSISTENTE SOCIALE	periodo diurno	Visita all'ospite	Ufficio	Camere Ospiti	1 - 3 - 4
3. DIRETTORE SANITARIO	periodo diurno	Visita all'Ospite	Ambulatorio	Camere Ospiti	4 - 1 - 2
4. MMG	periodo diurno	Visita medica dell'ospite	Camere Ospiti	Spazi comuni	8 - 1 - 3
5. INFERMIERE	periodo diurno	Somministrazione terapia sanitaria	Camere Ospiti	Spazi comuni	8 - 1 - 3 - 4
6. FISIOTERAPISTA	periodo diurno	Attività riabilitative	Camere Ospiti	Spazi comuni	8 - 1
7. EDUCATORE	Periodo diurno	Attività ricreative	Spazi comuni	Spazi privati	8 - 1
8. OSS	h/24	Pulizia e rifacimento camera	Camere Ospiti	Spazi comuni	5 - 6 - 7 - 8

		Assistenza igienica dell'ospite Movimentazione ospiti in struttura			
9.PERSONALE DI PULIZIA	periodo diurno	Igienizzazione e sanificazione degli spazi privati e comuni	Camere Ospiti	Spazi comuni	8 - 1

FABBRICATO SANTA ANNUNZIATA

PERCORSI PIANO INTERRATO



PERCORSI PIANO TERRA



## PERCORSI PIANO PRIMO



## PERCORSI PIANO SECONDO



## FABBRICATO SANTI INNOCENTI

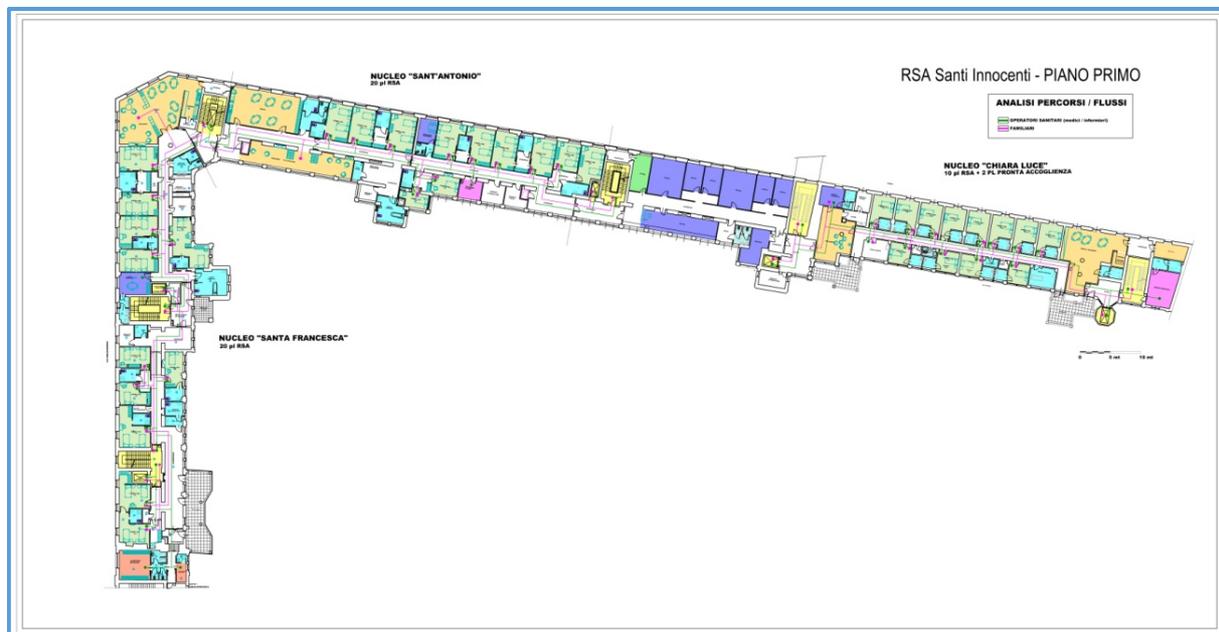
### PERCORSI PIANO TERRA



*(Dettaglio Percorsi Piano Terra)*



PERCORSI PIANO PRIMO



### PERCORSI PIANO SECONDO

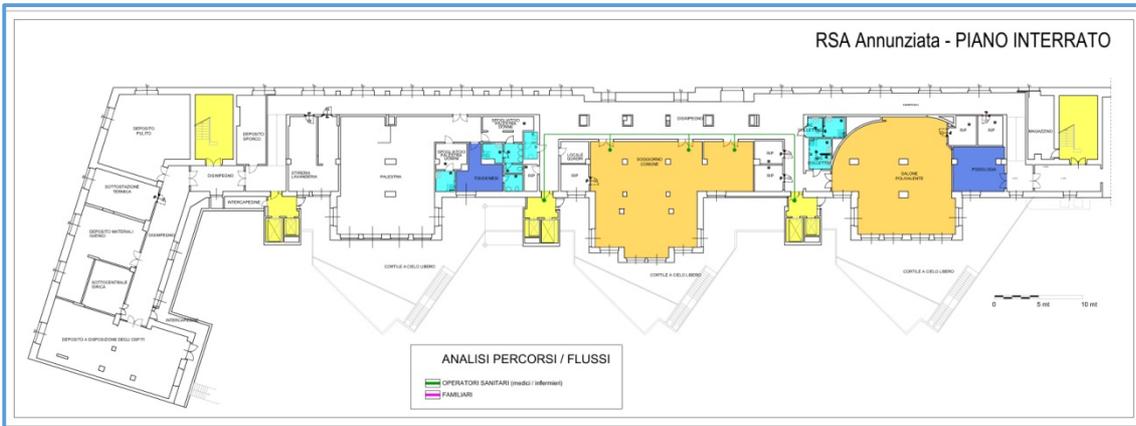


### PERCORSI PIANO TERZO

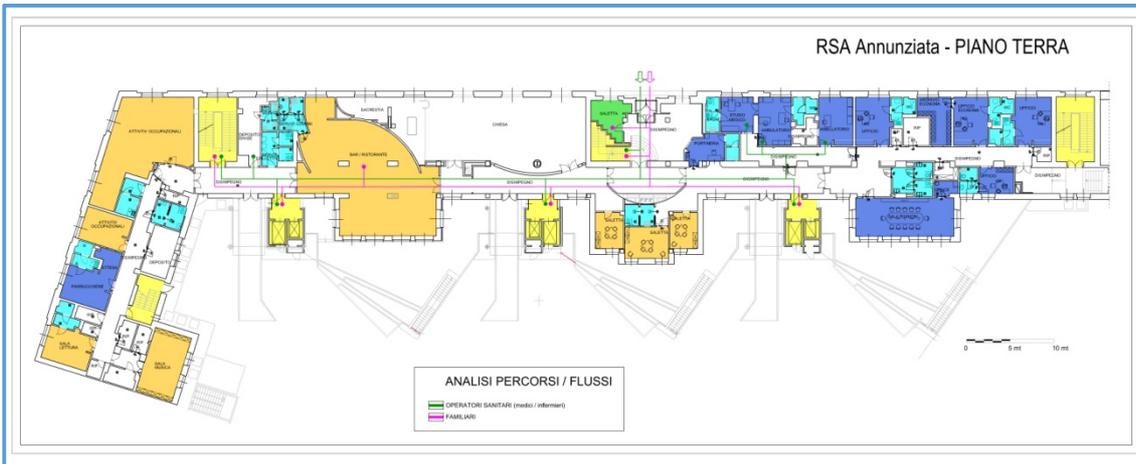


FABBRICATO SANTA ANNUNZIATA

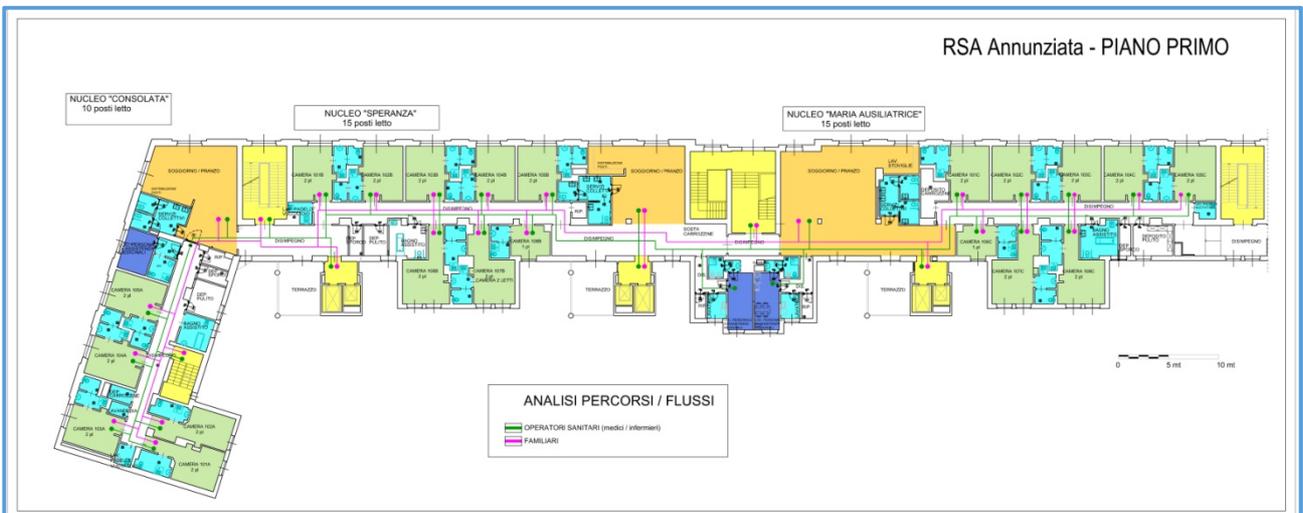
PERCORSI PIANO INTERRATO



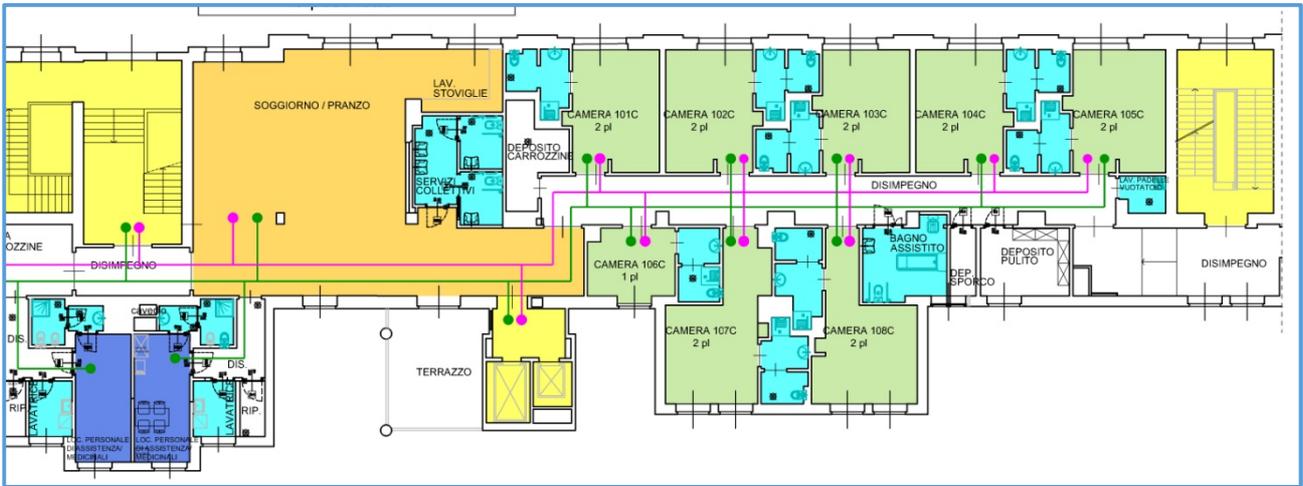
PERCORSI PIANO TERRA



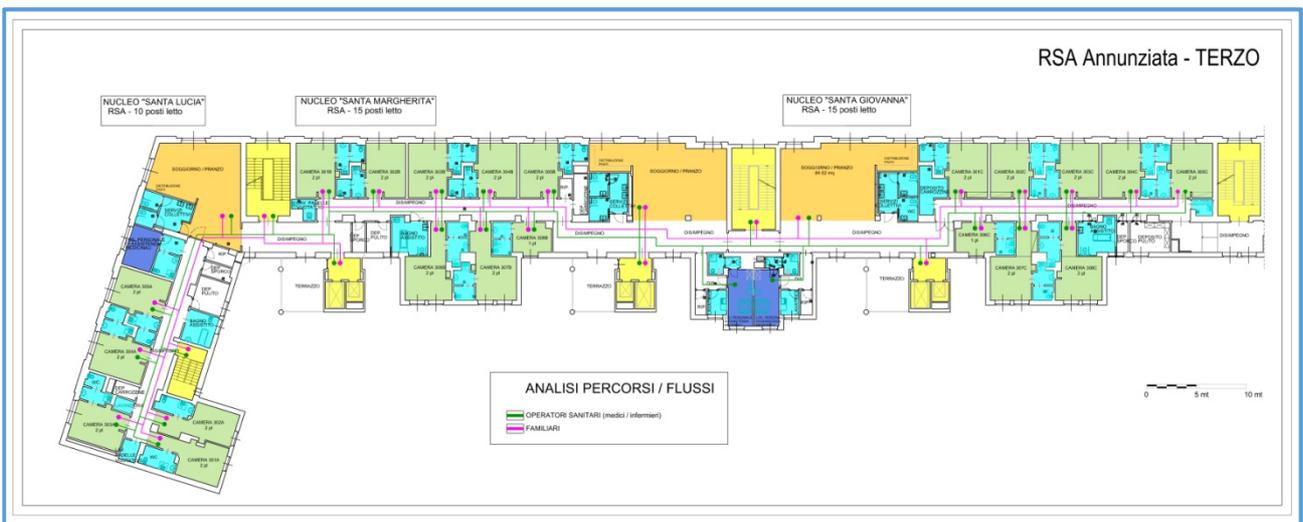
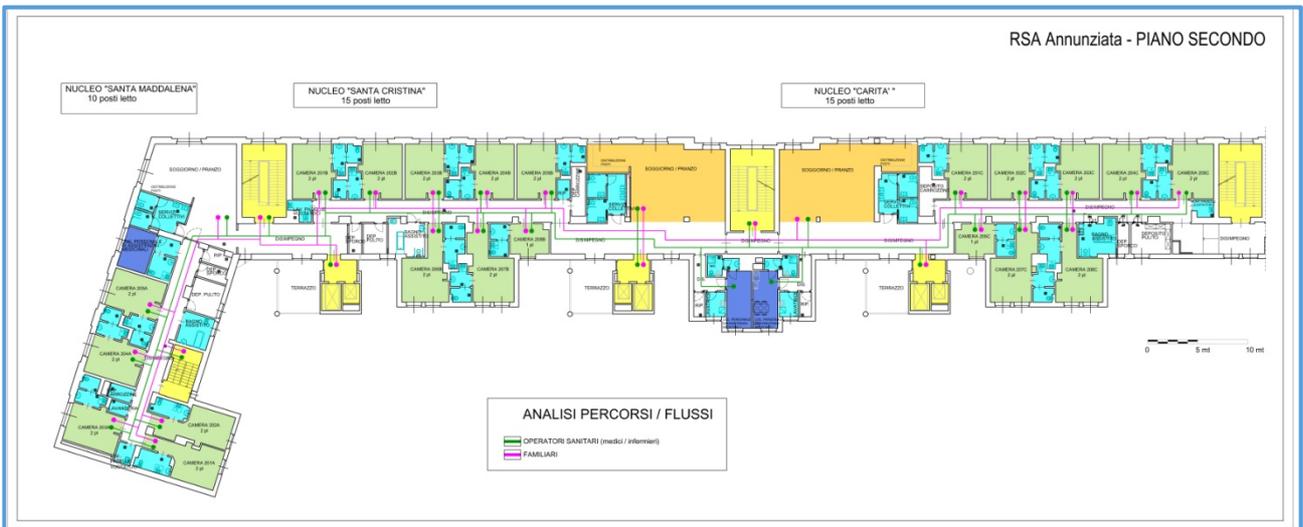
PERCORSI PIANO PRIMO



*(Dettaglio Percorsi Piano Primo)*



PERCORSI PIANO SECONDO





### 5.3 ANALISI DELLE SUPERFICI DELLE CAMERE DEI DEGENTI

#### CAMERE FABBRICATO FRASSATI (manica in attività)

RSA FRASSATI (A) - PIANO TERRA			RSA FRASSATI (A) - PIANO PRIMO																				
<table border="1"> <tr><td colspan="3">Camere</td></tr> <tr><td colspan="3">Nucleo San Matteo</td></tr> <tr><td colspan="3">20 + 1 pl RSA</td></tr> </table>			Camere			Nucleo San Matteo			20 + 1 pl RSA			<table border="1"> <tr><td colspan="3">Camere (settore A2)</td></tr> <tr><td colspan="3">Nucleo San Luca</td></tr> <tr><td colspan="3">20 pl RSA</td></tr> </table>			Camere (settore A2)			Nucleo San Luca			20 pl RSA		
Camere																							
Nucleo San Matteo																							
20 + 1 pl RSA																							
Camere (settore A2)																							
Nucleo San Luca																							
20 pl RSA																							
001	2pl	22,33	107A	2pl	23,06																		
002	2pl	30,25	108A	2pl	24,86																		
003	2pl	21,92	109A	2pl	21,19																		
004	2pl	19,98	110A	2pl	21,38																		
005	1pl	17,76	111A	1pl	18,91																		
006	2pl	18,24	112A	2pl	18,16																		
007	2pl	13,63	113A	1pl	13,91																		
008	2pl	21,95	114A	2pl	22,34																		
009	2pl	23,54	115A	2pl	23,24																		
010	2pl	18,26	116A	2pl	18,58																		
011	2pl	23,81	117A	2pl	23,77																		
TOT	1pl	17,76	TOT	1pl	32,82																		
TOT	2pl	213,91	TOT	2pl	196,58																		
	SupM 1pl	13,01		SupM 1pl	16,41																		
	SupM 2pl	21,39		SupM 2pl	21,84																		

RSA FRASSATI - PIANO SECONDO																		
<table border="1"> <tr><td colspan="2">Camere (settore A1)</td></tr> <tr><td colspan="2">Unità Abitative</td></tr> </table>			Camere (settore A1)		Unità Abitative		<table border="1"> <tr><td colspan="3">Camere (settore A2)</td></tr> <tr><td colspan="3">Nucleo ????</td></tr> <tr><td colspan="3">20 pl RSA + ???</td></tr> </table>			Camere (settore A2)			Nucleo ????			20 pl RSA + ???		
Camere (settore A1)																		
Unità Abitative																		
Camere (settore A2)																		
Nucleo ????																		
20 pl RSA + ???																		
UNITA' 1	52,63	201	1pl	19,55														
UNITA' 2	47,92	202	2pl	23,18														
UNITA' 3	47,97	203	2pl	23,02														
TOT	148,52	204	2pl	24,66														
		205	2pl	20,17														
		206	2pl	22,09														
		207	1pl	19,59														
		208	2pl	18,25														
		209	2pl	22,15														
		210	1pl	13,60														
		211	2pl	23,08														
		212	2pl	18,79														
		213	2pl	24,11														
		TOT	1pl	52,74														
		TOT	2pl	219,50														
			SupM 1pl	17,58														
			SupM 2pl	21,95														
TOT CAMERE 1pl (n. 3)		52,74																
TOT CAMERE 2pl (n. 10)		219,50																
TOT		272,24																



RSA FRASSATI - PIANO TERZO			
Camere (settore A1)			
Nucleo ????			
8 pl RSA			
301A	2pl	24,95	
302A	2pl	21,71	
303A	2pl	21,71	
304A	2pl	21,71	
TOT	2pl	90,08	
	SupM 2pl	22,52	
Camere (settore B)			
Nucleo ????			
20 pl RSA			
305A	1pl	19,55	
306A	2pl	23,18	
307A	2pl	23,06	
308A	2pl	25,50	
309A	2pl	21,51	
310A	2pl	22,14	
311A	1pl	18,94	
312A	2pl	19,02	
313A	1pl	13,93	
314A	2pl	21,87	
315A	2pl	23,31	
316A	2pl	18,63	
317A	2pl	24,22	
TOT	1pl	52,42	
TOT	2pl	222,44	
	SupM 1pl	17,47	
	SupM 2pl	22,24	
TOT CAMERE 1pl (n. 3)		52,42	
TOT CAMERE 2pl (n. 14)		312,52	
TOT		364,94	

## CAMERE FABBRICATO SANTI INNOCENTI

RSA SANTI INNOCENTI - PIANO PRIMO			
Camere (settore A)			
Nucleo Santa Francesca			
20 pl RSA			
101A	2pl	19,98	
102A	2pl	25,42	
103A	2pl	25,45	
104A	1pl	16,02	
105A	2pl	18,08	
106A	1pl	17,43	
107A	2pl	23,42	
108A	2pl	25,61	
109A	2pl	32,77	
110A	2pl	23,76	
111A	2pl	25,72	
TOT	1pl	33,45	
TOT	2pl	220,21	
	SupM 1pl	16,72	
	SupM 2pl	24,46	
TOT CAMERE 1pl (n. 16)		237,37	
TOT CAMERE 2pl (n. 18)		431,09	
TOT		668,46	
Camere (settore B)			
Nucleo Sant'Antonio			
20 pl RSA			
101B	2pl	23,79	
102B	2pl	23,82	
103B	2pl	26,24	
104B	2pl	23,92	
105B	2pl	24,15	
106B	2pl	23,61	
107B	2pl	23,24	
108B	2pl	18,73	
109B	2pl	23,38	
110B	1pl	12,00	
111B	1pl	14,03	
TOT	1pl	26,03	
TOT	2pl	210,88	
	SupM 1pl	13,01	
	SupM 2pl	23,43	
Camere (settore C)			
Nucleo Chiara Luce			
10 pl RSA + 2pl P.A.			
101C	1pl	16,06	
102C	1pl	16,05	
103C	1pl	16,06	
104C	1pl	16,06	
105C	1pl	16,06	
106C	1pl	16,06	
107C	1pl	16,06	
108C	1pl	16,70	
109C	1pl	12,04	
110C	1pl P.A.	12,33	
111C	1pl P.A.	12,33	
112C	1pl	12,08	
TOT	1pl	177,89	
	SupM 1pl	14,82	



RSA SANTI INNOCENTI - PIANO SECONDO

Camere (settore A)
Nucleo Santa Chiara
20 pl RSA

201A	2pl	19,03
202A	2pl	25,37
203A	2pl	25,52
204A	1pl	15,96
205A	2pl	18,44
206A	1pl	17,44
207A	2pl	23,85
208A	2pl	26,10
209A	2pl	32,89
210A	2pl	24,56
211A	2pl	26,15

TOT	1pl	33,40
TOT	2pl	221,91
	SupM 1pl	16,70
	SupM 2pl	24,65

TOT CAMERE 1pl (n. 16)	236,62
TOT CAMERE 2pl (n. 18)	436,50
TOT	673,12

Camere (settore B)
Nucleo Santa Barbara
20 pl RSA

201B	2pl	24,15
202B	2pl	24,22
203B	2pl	26,68
204B	2pl	23,72
205B	2pl	24,94
206B	2pl	24,12
207B	2pl	23,97
208B	2pl	18,46
209B	2pl	24,33
210B	1pl	12,00
211B	1pl	13,34

TOT	1pl	25,34
TOT	2pl	214,59
	SupM 1pl	12,67
	SupM 2pl	23,84

Camere (settore C)
Nucleo Santa Giovanna d'Arco
10 pl RSA + 2pl P.A.

201C	1pl	16,06
202C	1pl	16,05
203C	1pl	16,06
204C	1pl	16,06
205C	1pl	16,06
206C	1pl	16,06
207C	1pl	16,06
208C	1pl	16,70
209C	1pl	12,04
210C	1pl P.A.	12,33
211C	1pl P.A.	12,33
212C	1pl	12,07

TOT	1pl	177,88
	SupM 1pl	14,82

RSA SANTI INNOCENTI - PIANO TERZO

Camere (settore A)
Nucleo Santa Chiara
20 pl RSA

301A	2pl	24,95
302A	2pl	26,00
303A	2pl	24,15
304A	1pl	15,87
305A	2pl	21,84
306A	1pl	17,51
307A	2pl	23,49
308A	2pl	26,09
309A	2pl	31,80
310A	2pl	24,08
311A	2pl	26,98

TOT	1pl	33,38
TOT	2pl	229,38
	SupM 1pl	16,69
	SupM 2pl	25,48

TOT CAMERE 1pl (n. 16)	245,78
TOT CAMERE 2pl (n. 18)	445,91
TOT	691,69

Camere (settore B)
Nucleo Santa Barbara
20 pl RSA

301B	2pl	24,90
302B	2pl	24,74
303B	2pl	26,59
304B	2pl	24,41
305B	2pl	24,10
306B	2pl	24,49
307B	2pl	24,29
308B	2pl	18,87
309B	2pl	24,14
310B	1pl	22,02
311B	1pl	12,79

TOT	1pl	34,81
TOT	2pl	216,53
	SupM 1pl	17,40
	SupM 2pl	24,05

Camere (settore C)
Nucleo Santa Giovanna
10 pl RSA + 2pl P.A.

301C	1pl	16,06
302C	1pl	16,06
303C	1pl	16,08
304C	1pl	16,06
305C	1pl	16,09
306C	1pl	16,06
307C	1pl	16,06
308C	1pl	16,74
309C	1pl	12,05
310C	1pl P.A.	12,15
311C	1pl P.A.	12,15
312C	1pl	12,03

TOT	1pl	177,59
	SupM 1pl	14,79



CAMERE FABBRICATO SANTA ANNUNZIATA

RSA SANTA ANNUNZIATA - PIANO PRIMO					
Camere (settore A)		Camere (settore B)		Camere (settore C)	
Nucleo Consolata		Nucleo Speranza		Nucleo Maria Ausiliatrice	
10 pl RSA		15 pl RSA		15 pl RSA	
101A	2pl	22,32	101B	2pl	21,92
102A	2pl	22,16	102B	2pl	22,28
103A	2pl	21,38	103B	2pl	21,80
104A	2pl	21,30	104B	2pl	21,77
105A	2pl	21,12	105B	2pl	21,80
			106B	2pl	25,05
			107B	2pl	25,30
			108B	1pl	12,08
TOT	2pl	108,28	TOT	1pl	12,08
	SupM 2pl	21,65	TOT	2pl	159,92
			SupM 1pl	12,08	
			SupM 2pl	22,84	
			TOT	1pl	12,09
			TOT	2pl	160,72
			SupM 1pl	12,09	
			SupM 2pl	22,96	
TOT CAMERE 1pl (n. 2)		24,17			
TOT CAMERE 2pl (n. 19)		428,92			
TOT		453,09			

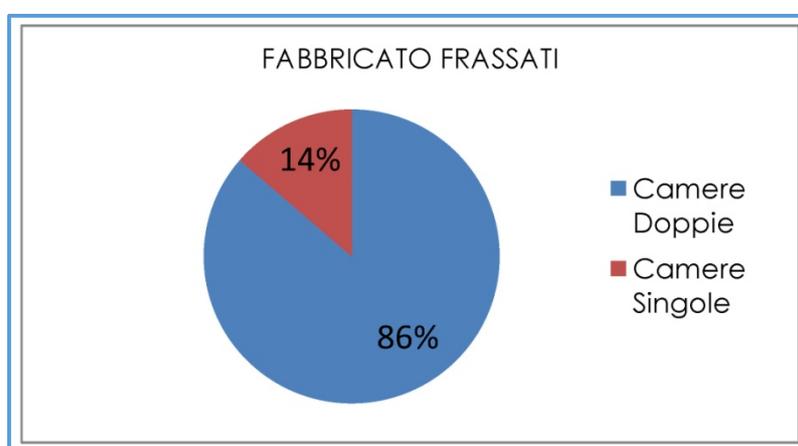
RSA SANTA ANNUNZIATA - PIANO SECONDO					
Camere (settore A)		Camere (settore B)		Camere (settore C)	
Nucleo Santa Maddalena		Nucleo Santa Cristina		Nucleo Carità	
10 pl RSA		15 pl RSA		15 pl RSA	
201A	2pl	22,32	201B	2pl	21,92
202A	2pl	22,16	202B	2pl	22,28
203A	2pl	21,38	203B	2pl	21,80
204A	2pl	21,30	204B	2pl	21,77
205A	2pl	21,12	205B	2pl	21,80
			206B	2pl	25,05
			207B	2pl	25,30
			208B	1pl	12,05
TOT	2pl	108,28	TOT	1pl	12,05
	SupM 2pl	21,65	TOT	2pl	159,92
			SupM 1pl	12,05	
			SupM 2pl	22,84	
			TOT	2pl	160,72
			SupM 1pl	12,06	
			SupM 2pl	22,96	
TOT CAMERE 1pl (n. 2)		24,11			
TOT CAMERE 2pl (n. 19)		428,92			
TOT		453,03			

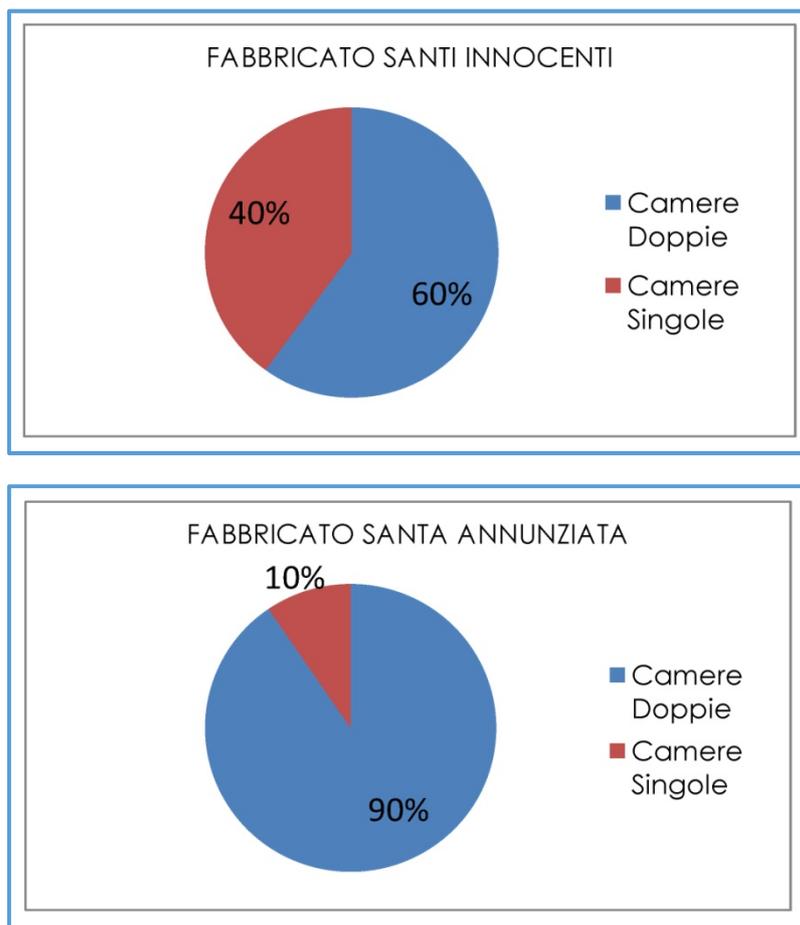


RSA SANTA ANNUNZIATA - PIANO TERZO					
Camere (settore A)		Camere (settore B)		Camere (settore C)	
Nucleo Santa Lucia		Nucleo Santa Margherita		Nucleo Santa Giovanna	
10 pl RSA		15 pl RSA		15 pl RSA	
301A	2pl	22,32	301B	2pl	21,62
302A	2pl	22,16	302B	2pl	22,28
303A	2pl	21,38	303B	2pl	21,81
304A	2pl	21,30	304B	2pl	21,78
305A	2pl	21,12	305B	2pl	21,80
TOT	2pl	108,28	306B	2pl	25,05
	SupM 2pl	21,65	307B	2pl	25,30
			308B	1pl	12,05
			TOT	1pl	12,05
			TOT	2pl	159,64
			SupM 1pl	12,05	
			SupM 2pl	22,80	
			TOT	1pl	12,10
			TOT	2pl	160,72
			SupM 1pl	12,10	
			SupM 2pl	22,96	
TOT CAMERE 1pl (n. 2)		24,15			
TOT CAMERE 2pl (n. 19)		428,64			
TOT		452,79			

In generale presso l'intero ambito le camere singole rappresentano mediamente il 30 % circa delle camere doppie e sono prevalenti nei fabbricati oggetto degli ultimi interventi edili.

FABBRICATO	N. CAMERE DOPPIE	N. CAMERE SINGOLE
FRASSATI	n. 19 camere	n. 3 camere
SANTI INNOCENTI	n. 54 camere	n. 36 camere
SANTA ANNUNZIATA	n. 57 camere	n. 6 camere
<b>TOTALE</b>	<b>n. 130 camere</b>	<b>n. 45 camere</b>





#### 5.4 CONCLUSIONI

Dall'analisi degli spazi funzionali si riscontra l'incidenza delle superfici adibite a camere a circa il 30 % della superficie complessiva del reparto; la dimensione delle stesse risulta mediamente , rispetto allo standard regionale, superiore del 25% per le camere singole e del 10% per le camere doppie.

L'analisi dei percorsi logistici del personale evidenzia momenti di criticità durante la fascia di oraria 9:00 - 12:00 ove coesistono nel reparto, prevalentemente nelle camere le O.S.S. , le infermiere professionali, i fisioterapisti e il personale di pulizia. Altro momento critico d'interferenza si presenta al mattino e a fine turno pomeridiano del personale sanitario (O.S.S. e infermiere professionali) presso il locale spogliatoio.

In generale l'ingresso e l'uscita dalla struttura si svolge con affollamento distribuito sulle plurime porte d'ingresso e uscita. La percentuale di camere singole rispetto alle doppie è pari al 30%.



## **CAPITOLO VI - ANALISI DEI REQUISITI GESTIONALI DELLE R.S.A. DEL COTTOLENGO DI TORINO**

Le strutture RSA forniscono un livello medio di assistenza sanitaria integrandolo con un livello alto di assistenza tutelare ed alberghiera. La progettazione di queste strutture trova un riferimento normativo nella legge 67/88 e nel DPCM 29/12/89, che definiscono le caratteristiche minime che gli ambienti devono possedere. In merito alla scelta della localizzazione è consigliabile posizionare le strutture RSA in zone già urbanizzate, integrate nel contesto urbano o in aree facilmente raggiungibili da mezzi pubblici; per evitare il più possibile l'isolamento degli assistiti e agevolare l'incontro con le famiglie.

Generalmente l'unità base di queste strutture è formata da 20 posti letto per anziani non autosufficienti e da 10 posti per disabili fisici, psichici e sensoriali, utilizzando in maniera flessibile gli stessi spazi edilizi. In accordo con il già citato DPCM dell'89, le strutture RSA devono avere requisiti funzionali, tipologici, spaziali e morfologici secondo un'unica matrice.

La progettazione integrata in questi casi assume un valore ancora più ampio: è necessaria, infatti, un'attenta progettazione della capacità ricettiva unitamente a quella di assistenza. In particolare le residenze sanitarie assistenziali del Cottolegno seguono nell'erogazione del servizio agli anziani non autosufficienti, quanto disciplinato dalla specifica DGR 45 della Regione Piemonte del 2012.

I requisiti prestazionali minimi individuati sono forniti sia agli utenti ricoverati in convenzione con il Servizio Sanitario Regionale sia agli utenti ricoverati in regime privato. La risposta residenziale per persone non autosufficienti viene articolata e connotata attraverso livelli d'intensità e di complessità più o meno elevati a seconda delle esigenze di salute e dei bisogni assistenziali dell'utente.

L'organizzazione della risposta residenziale in funzione del percorso assistenziale della persona, comporta l'individuazione di livelli d'intervento relativi a ciascuna macro-tipologia di bisogno.

Il principio guida del modello è l'adeguamento della rete dei servizi ai bisogni delle persone assistite, evitando il più possibile che le medesime, nelle diverse fasi del loro percorso assistenziale, debbano necessariamente subire inutili spostamenti di struttura.

Presso le strutture del Cottolegno sono presenti due tipologie di servizi: le R.S.A. (residenze sanitarie assistenziali per anziani non autosufficienti) ed i N.A.T. (nuclei Alzheimer temporanei) rivolto alle persone affette da demenza. La struttura garantisce il servizio nei termini definiti con l'unità di vigilanza geriatrica (UVG) in base alle patologie socio sanitarie degli ospiti presenti. La funzionalità del modello organizzativo si fonda sul principio della flessibilità degli interventi in relazione alla centralità dei bisogni dell'utente con l'utilizzo coordinato del personale, realizzato



attraverso la presenza di nuclei di figure professionali sanitarie e socio-assistenziali, coordinati ed operanti, in maniera integrata. Le R.S.A. del Cottolengo possono ospitare anche pazienti anziani dimessi dai presidi ospedalieri nell'ambito di progetti di continuità assistenziale o di dimissione protetta.

## 6.1 IL MODELLO ASSISTENZIALE INTEGRATO

### DIRETTORE DI STRUTTURA

Amministrativo, presente a tempo pieno per ogni struttura con 120 posti letto

#### *Mansione*

- è responsabile della gestione del budget assegnato, nel rispetto delle spese autorizzate;
- coordina il collegamento della residenza con le U.V.G. per quanto inerente l'elaborazione, la gestione e monitoraggio del P.A.I. nei casi dove non sia presente il Direttore Sanitario;
- è responsabile ed organizza e gestisce tutte le risorse umane operanti nella Struttura in particolare in ordine alla gestione dei contratti di lavoro ed alla copertura dei posti necessari in base alle fasce assistenziali previsti;
- è responsabile dell'equipe multidisciplinare interna alla struttura nei casi dove non sia presente il Direttore Sanitario;
- è responsabile dell'applicazione delle norme vigenti in materia di sicurezza, privacy, e sicurezza alimentare.
- è il coordinatore attività di prevenzione e protezione dalla diffusione del covid all'interno delle strutture

### DIRETTORE SANITARIO

Medico, presente a tempo pieno per ogni struttura con 120 posti letto

#### *Mansione*

- è responsabile dell'andamento complessivo dell'assistenza sanitaria della struttura, affinché la medesima si espliciti in modo corretto ed adeguato alle necessità degli ospiti
- è responsabile degli aspetti igienico-sanitari della struttura, della completezza della cartella sanitaria, della supervisione sulla salute psico-fisica degli ospiti;
- è responsabile della verifica del corretto funzionamento delle apparecchiature e attrezzature di ambito sanitario;
- è responsabile della verifica del regolare approvvigionamento dei farmaci, presidi, protesi ed ausili per gli ospiti, nonché della regolare tenuta delle relative registrazioni;



- è responsabile del raccordo e dell'armonizzazione degli interventi erogati dalle diverse componenti sanitarie, socio-sanitarie all'interno delle équipe multidisciplinari interne;
- è responsabile del coordinamento dell'assistenza medica e specialistica effettuata all'interno della struttura, rispettivamente da parte dei Medici di medicina generale e degli specialisti sia ambulatoriali che ospedalieri;
- è responsabile della verifica delle modalità e della qualità delle prestazioni rese, ai sensi delle vigenti normative e degli accordi collettivi in essere, da parte dei Medici di Medicina Generale;
- è responsabile del coordinamento dell'équipe multidisciplinare per quanto attiene alla valutazione dell'anziano al momento dell'inserimento in struttura e durante la permanenza, nonché le valutazioni e rivalutazioni ai sensi del D.M. 17 dicembre 2008 "Istituzione della banca dati finalizzata alla rilevazione delle prestazioni residenziali e semiresidenziali" e della D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010;
- del collegamento della struttura con le U.V.G.
- è responsabile del raccordo con le Aziende Sanitarie Regionali e con le relative strutture afferenti alla rete del percorso di Continuità assistenziale di cui alla D.G.R. n. 72-14420 del 20.12.2004.
- è responsabile scientifico delle attività di prevenzione e protezione dalla diffusione del covid all'interno delle strutture

## 6.2 FIGURE OPERATIVE DI STRUTTURA

### MEDICO DI MEDICINA TERRITORIALE

Medico, presente in struttura a tempo parziale

#### *Mansione*

- Garantisce l'attività di assistenza sanitaria agli ospiti delle strutture residenziali socio-sanitarie accreditate con il S.S.R. E' stabilito ed opportunamente pubblicizzato con orario settimanale di presenza medica all'interno della struttura, concordata con la Direzione sanitaria della struttura o con il Distretto sanitario. La struttura predispone un registro per i Medici di Medicina Generale su cui viene annotato, a cura degli interessati, il giorno, l'ora di ingresso e di uscita. L'assistenza erogata dai Medici di Medicina Generale si raccorda con le altre attività sanitarie erogate nell'ambito della struttura, secondo le modalità descritte al punto precedente.



## FISIOTERAPISTA

Professionista in ambito sanitario presenza in struttura a tempo parziale

### *Mansione*

- Si occupa di tutte le attività inerenti alla riabilitazione e al mantenimento psico-fisico della persona. La presenza viene garantita secondo i tempi giornalieri indicati nella Tabella 1 della DGR 45 del 2012 con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità sanitaria del singolo utente.

## EDUCATORE

Professionista in ambito sociale pedagogico con presenza in struttura a tempo parziale

### *Mansione*

- Viene garantita attraverso le figure professionali dell'animatore professionale, del terapeuta occupazionale, dell'educatore professionale o altre figure professionali dell'area della riabilitazione e/o altre specializzazioni (es. musicoterapia, teatroterapia, ecc.) che possono essere utilmente impiegate ai fini del raggiungimento degli obiettivi assistenziali prefissati nei progetti assistenziali, per un totale complessivo di 18 ore settimanali (su un modello di struttura da 72 p.l. o in proporzione sulla base dei posti letto occupati).

## ASSISTENTE SOCIALE

Professionista in ambito sociale con presenza in struttura a tempo parziale

### *Mansione*

- Si occupa di tutte le attività inerenti al sostegno psicologico della persona riscontrando l'adeguatezza del livello assistenziale fornito alla persona dalla struttura accreditata.
- La presenza viene garantita secondo i tempi giornalieri indicati nella Tabella 1 della DGR 45 del 2012 con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità sanitaria del singolo utente

## INFERMIERE PROFESSIONALE

Professionista in ambito sanitario presente in struttura a tempo pieno per ogni struttura con 120 posti letto

### *Mansione*

- La presenza viene garantita secondo i tempi giornalieri indicati nella Tabella 1 della DGR 45 del 2012 con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità sanitaria del singolo utente. Nelle strutture che forniscono prestazioni di intensità Medio Alta e fasce superiori, come nel nostro caso, per almeno 80 p.l., l'assistenza infermieristica deve essere garantita dalla presenza in struttura di personale infermieristico per le intere 24 ore



giornaliere; al di sotto degli 80 p.l. di intensità Medio Alta e fasce superiori, la funzione può essere garantita anche attraverso la pronta reperibilità notturna. Analogamente per l'intensità Media e fasce inferiori, l'assistenza infermieristica notturna può essere garantita tramite la pronta reperibilità.

Nel caso del Cottolengo abbiamo per ogni reparto un infermiere professionale sempre presente per l'intero arco della giornata.

#### OPERATORE SANITARIO ASSISTENZIALE

Operatore in ambito assistenziale sanitario presente in struttura a tempo pieno per ogni struttura con 120 posti letto

##### *Mansione*

- La presenza viene garantita secondo i tempi giornalieri indicati nella Tabella 1 della DGR 45 del 2012 con riferimento a ciascuna fascia d'intensità e livello di complessità sanitaria del singolo utente è rivolto a soddisfare i fabbisogni individuali degli ospiti, come definiti nei rispettivi progetti individuali. L'assistenza tutelare alla persona comprende la pulizia e il riordino degli ambienti di vita privata (letto, comodino) dell'ospite, nonché l'attività di imboccamento degli ospiti non in grado di provvedere autonomamente. Il numero degli operatori deve essere tale da garantire anche i turni notturni e festivi. Nel caso del Cottolengo abbiamo per ogni reparto mediamente 5 operatori sempre presente per l'intero arco della giornata con riduzione a 2 durante il periodo notturno.

#### ADDETTO ALLE PULIZIE

Presenza in struttura a tempo parziale in orario mattutino

##### *Mansione*

- Igienizzazione e sanificazione delle camere degli ospiti e dei relativi spazi comuni con orario mattutino dalle ore 09,00 alle ore 13.00

#### ADDETTO ALLA MANUTENZIONI

Presenza in struttura a tempo pieno in orario diurno e con reperibilità h/24 7 gg su 7

##### *Mansione*

Si occupa di tutte le attività inerenti alle manutenzioni impiantistiche ed edilizie del fabbricato.

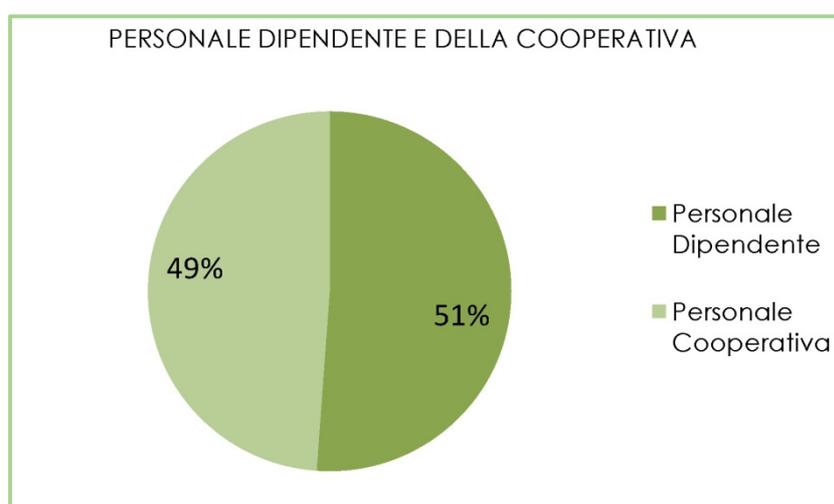
### 6.3 RIPARTIZIONE DEL PERSONALE PER REPARTO

#### PER IL FABBRICATO FRASSATI

- Medici della direzione sanitaria 1 dipendente del Cottolengo
- Medici della medicina territoriale 2 dipendenti dell'ASL

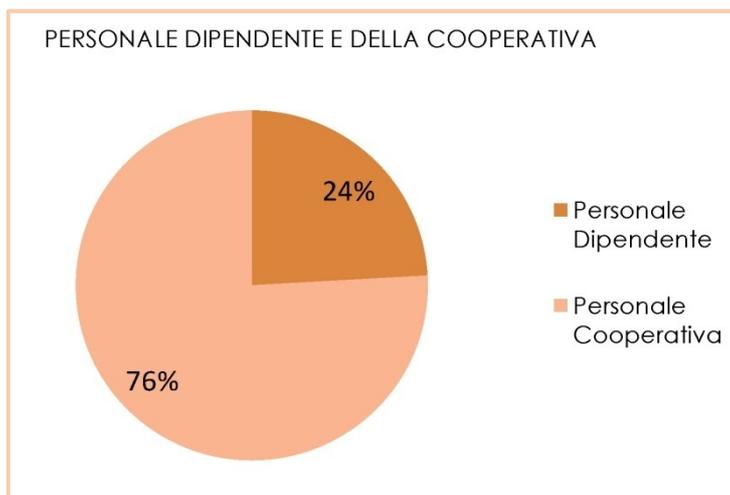


- Assistente sociale 1 dipendente dell'ASL
- Infermieri professionali 2 Suore del Cottolengo + 4 pp. della cooperativa
- Fisioterapisti 2 dipendenti della cooperativa
- Educatori 2 dipendenti della cooperativa
- O. S. S. 16 dip.ti del Cottolengo + 7 dip.ti della cooperativa
- Addetti alle pulizie 6 dip. della cooperativa
- Addetti alla lavanderia 2 dipendenti del Cottolengo
- Manutentori 3 dipendenti del Cottolengo



#### PER IL FABBRICATO SANTI INNOCENTI

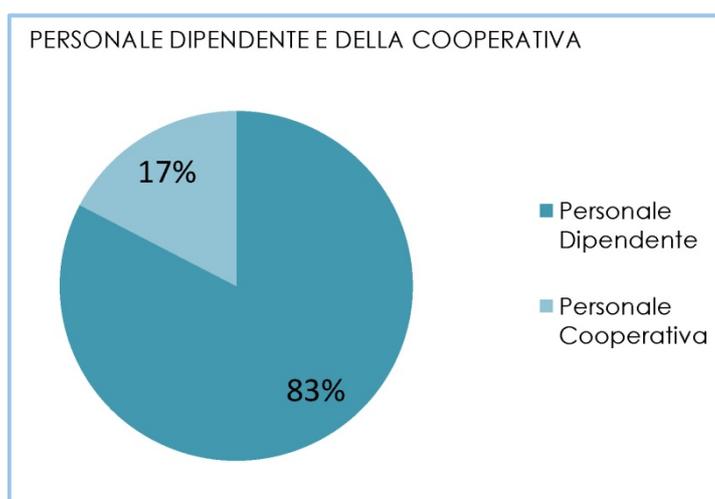
- Medici della direzione sanitaria 1 dipendente del Cottolengo
- Medici della medicina territoriale 4 dipendenti dell'ASL
- Assistente sociale 1 dipendente dell'ASL
- Infermieri professionali 1 Suora del Cottolengo + 14 dip. della cooperativa
- Fisioterapisti 3 Suore del Cottolengo + 2 dip. della cooperativa
- Educatori 2 dip dipendenti della cooperativa
- O. S. S. 1 Suora del Cottolengo + 65 dip.ti della cooperativa
- Addetti alle pulizie 18 dip del Cottolengo + 2 dip. Cooperativa
- Manutentori 3 dip. dipendenti del Cottolengo



### PER IL FABBRICATO ANNUNZIATA

Medici della direzione sanitaria = 1 dipendente del Cottolengo

- Medici della medicina territoriale      4 dipendenti dell'ASL
- Assistente sociale                              1 dipendente dell'ASL
- Infermieri professionali                      1 Suora del Cottolengo + 1 dip. Cottolengo  
+ 9 dipendenti della Cooperativa
- Fisioterapisti                                    1 dipendenti del Cottolengo + 2 Suore del Cottolengo
- Educatori                                         2 dipendenti della cooperativa
- O.S.S.    1 Suora del Cottolengo + 62 dipendenti del Cottolengo  
+ 6 dipendenti della Cooperativa
- Addetti alle pulizie                            10 dipendenti del cottolengo
- Manutentori                                      3 dipendenti del Cottolengo





	Personale Dipendente	Personale Cooperativa
	22	21
	27	85
	81	17
TOT	130	123

#### 6.4 CONCLUSIONI

Le figure sanitarie ed assistenziali coinvolte all'interno dell'ambito esaminato sono quelle dalla DGR 45/2012 della Regione Piemonte, ciò che cambia è la frequenza delle prestazioni sanitarie e dei servizi di riabilitazione erogati secondo il piano di assistenza individuale definito dall'ASL,.

Presso i reparti operano personale dipendente e personale esterno appartenente a cooperative di settore o a soggetti detentori di partita iva. In generale l'incidenza del personale assistenziale (O.S.S) è pari al 50%, quello sanitario infermieristico e medico è pari al 12% ed il personale di pulizia è pari al 15% altro 23 % Si evince quindi che la categoria più a contatto con gli ospiti è rappresentata dalle O.S.S., e che la percentuale di personale totale prevalente è costituita da dipendenti del Cottolengo, comunque sempre presente in tutte le specifiche mansioni assistenziali.



## **CAPITOLO VII - ANALISI DEL LIVELLO DI RESILIENZA DELLE R.S.A AL COVID 19 DEL COTTOLENGO DI TORINO**

### 7.1 CRITICITA' DEFINITE DALL'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' (Rapp. n. 35/2020)

L'attuale situazione epidemiologica della diffusione della pandemia da Covid 19 vede ancora colpite le RSA all'interno delle quali si collocano i pazienti più fragili e più soggetti a complicanze in caso di infezione. L'analisi della prima ondata pandemica ha suggerito diversi approcci per la prevenzione della diffusione del contagio; in particolare l'ISS indica alcune criticità in riferimento alla medicina territoriale:

- l'ospedalizzazione e la gestione territoriale di primo livello/domiciliare delle acuzie, e non solo delle cronicità, diventa una realtà d'assistenza e cura da cui nasce l'esigenza di un nuovo modello di gestione;
- si potrebbe prendere in considerazione la possibilità di creare un percorso comune di diagnosi e cura sul territorio (percorsi diagnostico terapeutici ospedalieri/territoriali) con ruoli, funzioni e responsabilità differenziate, al fine di ottimizzare i risultati di salute e la gestione delle patologie (croniche e acute) e di quelle cure intermedie garantite entro i soli spazi ospedalieri;
- il rapporto tra ospedale e medicina del territorio dovrebbe riconoscere la sinergia fra questi settori d'intervento per un'ottimale gestione sanitaria. In questo modo si possono rendere compatibili, in un'economia di scala, le peculiarità dell'approccio territoriale alle cure con quelle dell'ospedale, ovvero di medicina generale e specialistica.

Le Strutture del Cottolengo hanno affrontato il problema della gestione degli ospiti ricoverati in caso di sviluppo di infezione da SARS-Cov2, ponendosi a livello intermedio tra la medicina territoriale propriamente definita in carico ai MMG e il primo livello ospedaliero.

#### Misure adottate per la prevenzione dell'infezione da SARS-Cov 2 nelle RSA.

In accordo con le disposizioni ministeriali e regionali le strutture hanno adottato le misure di prevenzione per abbattere il rischio di trasmissione tra il personale e gli ospiti ricoverati. In particolare, sono state definite indicazioni per il rispetto di:

- predisposizione di misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi di COVID-19 in struttura;
- creazione di percorsi e aree "pulito" e "sporco" separate;
- organizzazione degli accessi dei fornitori;



- gestione in sicurezza della ripresa delle attività di gruppo e della condivisione di spazi comuni comprendente il mantenimento della distanza di sicurezza e delle altre misure precauzionali;
- formazione del personale di assistenza per la corretta adozione delle precauzioni specifiche e delle procedure d'isolamento e quarantena;
- formazione del personale addetto alla ristorazione, alla pulizia della struttura, e allo smaltimento dei rifiuti;
- accesso regolamentato alla struttura ai soli visitatori dei residenti, tramite percorsi "puliti", secondo la valutazione del Direttore della Struttura;
- restrizioni delle visite ai residenti in isolamento e quarantena, se non in casi eccezionali secondo la valutazione del Direttore della struttura;
- sensibilizzazione e formazione dei residenti e dei visitatori;
- adeguato ricambio di aria negli alloggi dei residenti, come anche nelle aree di passaggio/comuni;
- screening degli operatori sanitari e sociosanitari e loro responsabilizzazione al rispetto del distanziamento fisico, dell'appropriato uso della mascherina e degli altri provvedimenti in vigore, anche al di fuori dei turni di lavoro;
- elaborazione e affissione di promemoria e poster all'interno della struttura per promuovere i comportamenti corretti;
- offerta delle vaccinazioni antiinfluenzali e antipneumococco, così come gli altri vaccini di routine, agli operatori sanitari e sociosanitari e ai residenti in conformità con le raccomandazioni nazionali e regionali

## 7.2 AZIONI DI PREVENZIONE E PROTEZIONE MESSI IN ATTO DALLE STRUTTURE DURANTE IL PERIODO COVID

Tutte le RSA appartenenti all'ambito del Cottolongo sono state oggetto, e ancora lo sono, di specifico piano di emergenza che descrive le misure di prevenzione e di protezione adottate per contrastare nella maniera più efficace possibile il rischio di contagio causati dal virus covid-19.

Il documento elaborato, come previsto dalle linee guida dell'ISS, è organizzato in due parti; una prima è dedicata alle misure preventive adottate per evitare le occasioni di contagio e di ingresso del virus nella struttura, mentre una seconda parte è dedicata alla descrizione degli scenari incidentali con relative procedure di contrasto. Dal punto di vista di come fronteggiare l'emergenza pandemica, lo stato dell'arte non mette a disposizione modelli di piani di emergenza validati, non



avendo mai dovuto intervenire , prima d'ora, per cui si sono predisposte una serie di procedure sulla base dell'esperienza maturata nell'ambito della gestione della sicurezza dei lavoratori negli ambienti lavoro. Nel corso della "fase 1" la gestione dell'emergenza è stata affidata ad un gruppo di lavoro costituito dal servizio di prevenzione e protezione, dall'ufficio tecnico interno e dalle figure direttive e sanitarie presenti nei reparti per le tre strutture di SS Innocenti, Frassati e Annunziata.

Il Comitato, con compiti di verifica e controllo sull'applicazione delle procedure e delle regole di prevenzione e protezione, è composto dal Direttore della RSA, dal Direttore sanitario, dal Coordinatore infermieristico e da altri soggetti eventualmente incaricati dalle Direzioni Locali con la collaborazione del Medico Competente in medicina del Lavoro.

Il piano organizzativo-gestionale (cosiddetto "piano COVID") e le procedure/istruzioni operative ad esso correlate, sono state realizzate con lo scopo di tutelare gli ospiti delle RSA e gli operatori, Tutti gli ospiti vengono monitorati quotidianamente dal direttore sanitario, dal personale infermieristico e socio-sanitario della struttura, oltre che dai medici di base.

Le procedure con cui viene monitorato il quadro clinico degli ospiti si richiama alle misure indicate dall'ISS (cfr. Documento del "Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 - Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali. Versione del 24 agosto 2020."

Per i casi COVID-19 accertati si è proceduto al loro tempestivo trasferimento presso strutture di ricovero a carattere sanitario, individuate dal sistema sanitario regionale; in via del tutto eccezionale, per gli ospiti in stato terminale o con condizioni di grave compromissione del quadro clinico, e pertanto non trasferibili dalla RSA, si è optato per proseguire l'assistenza in struttura.

Una delle principali misure di prevenzione generalmente riconosciuta come valida per la gestione di tutte le situazioni di rischio consiste nella conoscenza del rischio e di conseguenza nella consapevolezza delle azioni da mettere in atto e, soprattutto, quelle da evitare per rendere minime le occasioni di esposizione al rischio medesimo.

Per questa ragione, durante il periodo della fase 1 si sono svolti momenti di formazione/informazione del personale, che ora trovano continuità nella fase attuale in corsi strutturati che hanno l'obiettivo di consolidare le conoscenze acquisite.

Anche le Cooperative presenti in RSA provvedono a formare i propri operatori.

In generale tutte le RSA dell'ambito hanno promosso, fin dall'insorgere dell'emergenza, l'applicazione delle regole di comportamento igienico-sanitarie per la prevenzione e contenimento dell'epidemia, secondo le regole ministeriali:



- lavarsi spesso le mani.;
- evitare il contatto ravvicinato con persone che soffrono di infezioni respiratorie acute;
- evitare abbracci e strette di mano.
- mantenere, nei contatti sociali, una distanza interpersonale di almeno un metro.
- seguire una corretta igiene respiratoria (starnutire e/o tossire in un fazzoletto evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie).
- evitare l'uso promiscuo di bottiglie e bicchieri.
- evitare di toccarsi occhi, naso e bocca con le mani.
- coprirsi bocca e naso se si starnutisce o tossisce.
- evitare di assumere farmaci antivirali e antibiotici, se non prescritti dal medico.
- pulire le superfici con prodotti disinfettanti a base di cloro o alcol.
- è fortemente raccomandato, in tutti i contatti sociali, di utilizzare protezioni delle vie respiratorie come misura aggiuntiva alle altre misure di protezione individuale igienico-sanitarie.

E' stata posta molta attenzione all'approvvigionamento dei D.P.I. individuando un magazzino nelle immediate vicinanze dell'infermeria in cui stoccare una quantità di presidi sanitari in grado di coprirne il fabbisogno di almeno tre mesi per ciascun dipendente

	Caso sospetto	Caso confermato lieve	Caso confermato grave
Operatori sanitari	Numero di set per caso	Numero di set per giorno per paziente	
Infermieri	1-2	6	6-12
Medici	1	2-3	3-6
Addetti pulizie	1	3	3
Assistenti e altri servizi	0-2	3	3
TOTALE	3-6	14-15	15-24

**NUMERO MINIMO DI SET DI DPI (FONTE: ECDC)**

I passaggi più importanti sono stati:

- attività di diagnosi e monitoraggio dello stato di salute degli ospiti e degli operatori.
- effettuato regolarmente dai medici di struttura sulla base di valutazioni cliniche con screening permanente effettuato dalle ASL competenti per territorio



- diario clinico assistenziale dell'ospite costantemente compilato dagli infermieri e medici delle RSA per gli ospiti che sono oggetto di isolamento e/o di visite o che presentano condizioni di rischio con annotazione dei seguenti parametri significativi
- comparsa di febbre (misurata due volte al giorno, attraverso termometri per la misurazione a distanza)
- comparsa di sintomi di infezione respiratoria acuta o di difficoltà respiratorie
- altri fattori di rischio (es. contatto con ospiti rivelati positivi al COVID-19).

Le situazioni sospette sono state comunicate tempestivamente al Direttore della Struttura e al medico di medicina generale, in modo da richiedere con urgenza al Dipartimento di Prevenzione dell'ASL territorialmente competente (tramite piattaforma COVID), la pronta esecuzione del tampone a carico del SSR.

I sospetti Covid sono stati gestiti con il principio dell'isolamento e in caso di accertato contagio con il trasferimento presso le strutture sanitarie appositamente individuate dalla Regione, con l'immediata sanificazione della camera dell'ospite, del corridoio e dell'ascensore utilizzati per il trasferimento.

Allo stato attuale risulta di fondamentale importanza il rispetto delle regole per consentire l'accesso in struttura da parte di soggetti esterni costituito dal personale e dai fornitori, essendo ancora precluso l'accesso ai familiari e ai volontari.

Le procedure in essere per queste due categorie di persone sono riportate di seguito.

#### MODALITÀ DI ACCESSO DEL PERSONALE

- il personale, prima dell'accesso al luogo di lavoro è sottoposto al controllo della temperatura corporea, senza registrarne il valore misurato. La registrazione del dato misurato sarà effettuata esclusivamente qualora venga superata la soglia dei 37,5°C e sia necessario documentare le ragioni che hanno impedito l'accesso ai locali aziendali.
  - gli operatori con  $TC \geq 37,5^\circ$  vengono inviati immediatamente a domicilio con indicazione di contattare il proprio MMG. L'ente gestore segnala il caso al Medico Competente
  - gli operatori con  $TC < 37,5^\circ$  possono prendere servizio
- è precluso l'accesso a chi, negli ultimi 14 giorni, abbia avuto contatti con soggetti risultati positivi al COVID-19 o provenga da zone a rischio secondo gli elenchi continuamente aggiornati dalle indicazioni legislative
- nel caso in cui una persona presente in reparto sviluppi febbre e sintomi di infezione



respiratoria quali la tosse, lo deve dichiarare immediatamente all'ufficio del personale, in modo che si possa procedere al suo isolamento in base alle disposizioni dell'autorità sanitaria, dotandolo, nel caso non lo fosse già, di mascherina chirurgica.

- in conseguenza, occorrerà provvedere alla sostituzione del personale e l'avvio della eventuale sorveglianza con misure di isolamento verso gli esposti, in accordo con il Medico Competente/servizio di medicina occupazionale o dal responsabile medico che ne svolge le funzioni
- l'ingresso in struttura di lavoratori già risultati positivi all'infezione da COVID 19 dovrà essere preceduto da una preventiva comunicazione avente ad oggetto la certificazione medica da cui risulti la "avvenuta negativizzazione" del tampone secondo le modalità previste e rilasciata dal dipartimento di prevenzione territoriale di competenza.

#### MODALITÀ DI ACCESSO DEI FORNITORI ESTERNI

sono state individuate procedure di ingresso, transito e uscita, al fine di ridurre le occasioni di contatto con il personale in forza nei reparti/uffici coinvolti:

- divieto di accesso in struttura da parte di fornitori: la merce viene scaricata dal fornitore/trasportatore e lasciata in zone esterne delimitate (verrà portata in struttura da personale interno preposto)
- divieto di accesso ai visitatori esterni, anche famigliari degli ospiti (fino a circolare interna che ne prevede l'autorizzazione). I pacchi che i famigliari volessero recapitare ai loro congiunti verranno lasciati in portineria e conferiti alle persone secondo le modalità stabilite
- qualora fosse necessario l'ingresso di visitatori esterni (impresa di pulizie, manutenzione, etc.), gli stessi dovranno sottostare a tutte le regole aziendali
- in caso di lavoratori dipendenti da aziende terze che operano nello stesso sito produttivo (es. manutentori, fornitori, addetti alle pulizie, ecc) che risultassero positivi al tampone COVID-19, l'appaltatore dovrà informare immediatamente il committente ed entrambi dovranno collaborare con l'autorità sanitaria fornendo elementi utili all'individuazione di eventuali contatti stretti.
- l'azienda committente è tenuta a dare, all'impresa appaltatrice, completa informativa dei contenuti del Protocollo aziendale e deve vigilare affinché i lavoratori della stessa o delle aziende terze che operano a qualunque titolo nel perimetro aziendale, ne rispettino integralmente le disposizioni



L'accesso alla struttura da parte dei famigliari e conoscenti degli ospiti è stato concesso eccezionalmente, su autorizzazione del responsabile medico della struttura (esempio: situazioni di fine vita) e, comunque, previo accertamento dello stato di salute (con modulo di autodichiarazione), rilevazione della temperatura corporea all'entrata e l'adozione di tutte le misure necessarie ad impedire il contagio. Per tutto il periodo dell'emergenza sono state garantite forme di comunicazione alternative tra ospiti e famigliari.

Ad oggi i contatti che, durante il periodo estivo, avvenivano su prenotazione attraverso stanze vetrate o con interposizione di divisori in plexiglass oppure all'aperto, sono sospese e si continuano le videochiamate o chiamate telefoniche, compatibilmente a possibili limitazioni funzionali e cognitive; in ogni caso i famigliari saranno costantemente informati sull'andamento dello stato di salute dei propri cari e saranno a loro fornite altre eventuali informazioni richieste.

Le funzioni di front office con l'utenza, i fornitori o altri soggetti di interesse sono garantite tramite servizi telefonici e/o telematici oppure in sede se non altrimenti possibile e preferibilmente su appuntamento, previa verifica dello stato di sintomaticità del visitatore, con le regole già descritto nel presente paragrafo.

#### REGOLE PER L'ACCESSO DI NUOVI OSPITI IN STRUTTURA

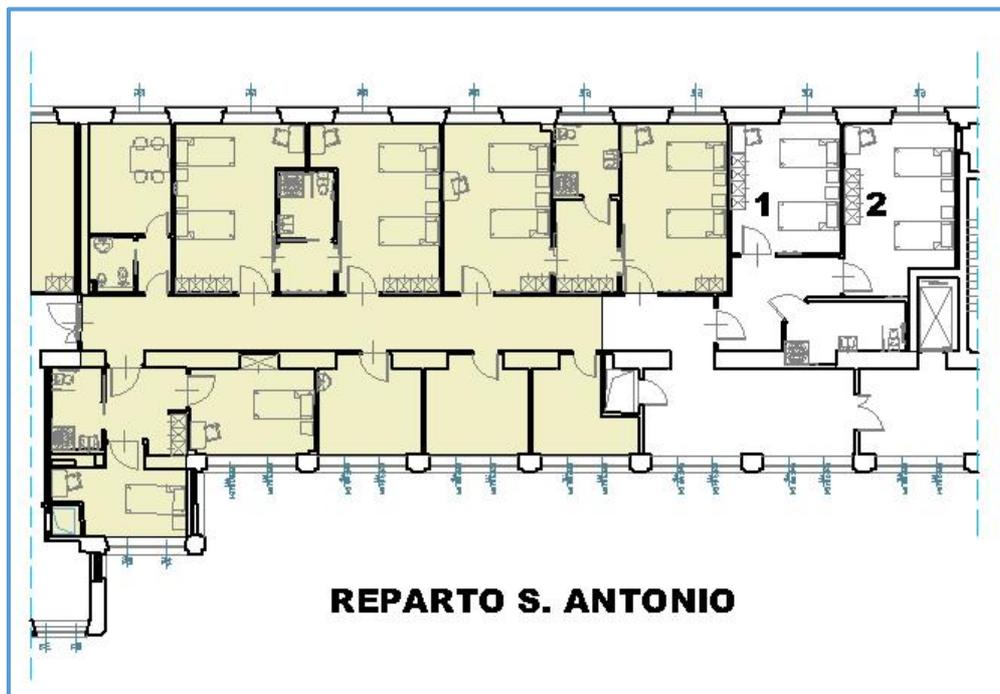
I nuovi inserimenti in strutture COVID negative sono consentiti solo previo tampone negativo eseguito nelle 48 ore precedenti. Il soggetto non deve essere sintomatico, né caso sospetto, né contatto stretto, salvo ulteriori valutazioni dal punto di vista epidemiologico.

Al momento dell'accesso in struttura verrà eseguito l'accertamento medico di assenza di condizioni di rischio in atto. I soggetti inseriti, in regime convenzionato o in regime privatistico, sono oggetto di isolamento per i primi 14 giorni dall'inserimento con stesura del diario clinico.

Al termine del periodo di osservazione, dopo aver effettuato un ulteriore tampone di controllo, si potrà procedere all'inserimento nei reparti di degenza. Per la fase dell'inserimento/isolamento sono stati individuati per ciascuna struttura 2 camere dedicate.



**FABBRICATO ANNUNZIATA**



**FABBRICATO SANTI INNOCENTI**



**FABBRICATO FRASSATI**

La vestizione dei DPI da parte del personale viene effettuata immediatamente prima dell'accesso alla camera; la successiva svestizione viene effettuata prima di uscire dalla camera.

#### INDICAZIONI PER L'IGIENE DEGLI AMBIENTI E LOCALI E DEI MEZZI DI TRASPORTO

Le operazioni di pulizia e igiene degli ambienti di tutta la RSA risultano sempre garantite, offrendo agli ospiti e all'utenza a vario titolo presente in struttura la certezza di abitare e vivere ambienti adeguatamente sicuri dal punto di vista igienico-sanitario.

#### PULIZIA E SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI

Le normali operazioni di pulizia e sanificazione sono effettuate con una frequenza maggiore dedicando particolare attenzione ai servizi igienici, alle aree comuni e alle superfici toccate con maggiore frequenza (corrimano, interruttori della luce, pulsanti degli ascensori, maniglie di porte e finestre, ecc.) utilizzando prodotti a base di cloro (candeggina) alla concentrazione di 0,5% di cloro attivo oppure con alcool 70%.

#### AERAZIONE E IMPIANTI DI CONDIZIONAMENTO

Se le condizioni meteorologiche lo consentono, è da privilegiare sempre l'aerazione naturale nell'arco della giornata in tutti gli ambienti dotati di aperture verso l'esterno, dove sono presenti postazioni di lavoro, personale interno o utenti esterni, evitando correnti d'aria o freddo/caldo eccessivo durante il ricambio naturale dell'aria.



Relativamente alla gestione dell'impianto di condizionamento è stata:

- aumentata la frequenza della manutenzione/sostituzione dei pacchi filtranti dell'aria in ingresso (eventualmente anche adottando pacchi filtranti più efficienti);
- eliminata totalmente la funzione di ricircolo dell'aria per evitare il trasporto di eventuale aria contaminata negli ambienti trattati;
- pulita con regolarità le prese e le griglie di ventilazione con l'uso di panni in microfibra inumiditi con acqua e sapone, oppure con alcool;
- pulita in base alle indicazioni fornite dal produttore, ad impianto fermo, i filtri dell'aria di ricircolo per mantenere i livelli di filtrazione/rimozione adeguati, in caso di impianti di riscaldamento/raffrescamento che fanno uso di pompe di calore, fancoil, o termoconvettori, qualora non sia possibile garantire la corretta climatizzazione degli ambienti tenendo fermi gli impianti;

si è inoltre

- evitato di utilizzare e spruzzare prodotti per la pulizia detergenti/disinfettanti spray direttamente sui filtri per non inalare sostanze inquinanti, durante il funzionamento.
- attivato l'ingresso e l'estrazione dell'aria almeno un'ora prima e fino ad una dopo l'accesso da parte degli operatori e/o ospiti, in caso di attività non continuative.
- Assicurata la periodica pulizia e sanificazione dei mezzi di trasporto ad uso comunitario con particolare riguardo di tutte le parti frequentate da viaggiatori e/o operatori (al riguardo si rimanda alle modalità definite dalle specifiche circolari del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità) e di eventuali strumenti da loro utilizzati.

#### MISURE PER GARANTIRE LA CONTINUITÀ OPERATIVA ASSISTENZIALE

Il Comitato, in accordo con la Direzione Generale della Piccola Casa, si è occupato inoltre di verificare la disponibilità degli operatori sul medio/lungo periodo per assicurare le regolari prestazioni sanitarie.

Per fronteggiare incidenze elevate di assenteismo il numero minimo di personale ritenuto indispensabile per garantire l'attività assistenziale è stato il seguente:

- 1,5 OSS ogni 20 ospiti per turno
- 1 IP per turno
- 1 polivalente ogni 40 ospiti (condizione da verificare nel caso di struttura che non ha a contratto il servizio delle pulizie).



Nei casi in cui si sono presentati problemi di assenza di personale, si è provveduto al reclutamento di personale esterno proveniente da cooperative e/o agenzie interinali.

## MISURE DI PROTEZIONE

### *SCENARIO INCIDENTALE 1 – ISOLAMENTO CASI COVID IN STRUTTURA DEDICATA*

Lo scenario incidentale 1 descrive gli interventi attuati e da attuare nel caso di isolamento temporaneo per sospetto caso COVID.

Viene individuata per l'intero ambito ( SS Innocenti, Frassati, Annunziata ), la struttura di SS. Innocenti al terzo piano, reparto Santa Rita, per la gestione dell'isolamento di ospiti con sintomi sospetti o conclamati.

Il reparto dispone di n.12 camere singole con servizio interno.

Per gli ospiti che hanno manifestato l'insorgenza di sintomi sospetti per COVID-19 e/o febbre si è proceduto al loro isolamento temporaneo con trasferimento alla struttura di SS. Innocenti terzo piano reparto Santa Rita nella camera identificata con il numero 1, garantendo durante il percorso la minima esposizione ad altri ospiti ed evitando spazi comuni.

La camera di provenienza dell'ospite e il mezzo di trasporto utilizzato sono stati sanificati.

Nel caso di peggioramento del quadro clinico dell'ospite si è provveduto ad organizzare il suo trasferimento presso strutture di ricovero a carattere sanitario, individuate dal sistema sanitario regionale. Il reparto funziona con il concetto della coorte, iniziando ad occupare le camere con il numero più basso fino all'occupazione dell'intero reparto.

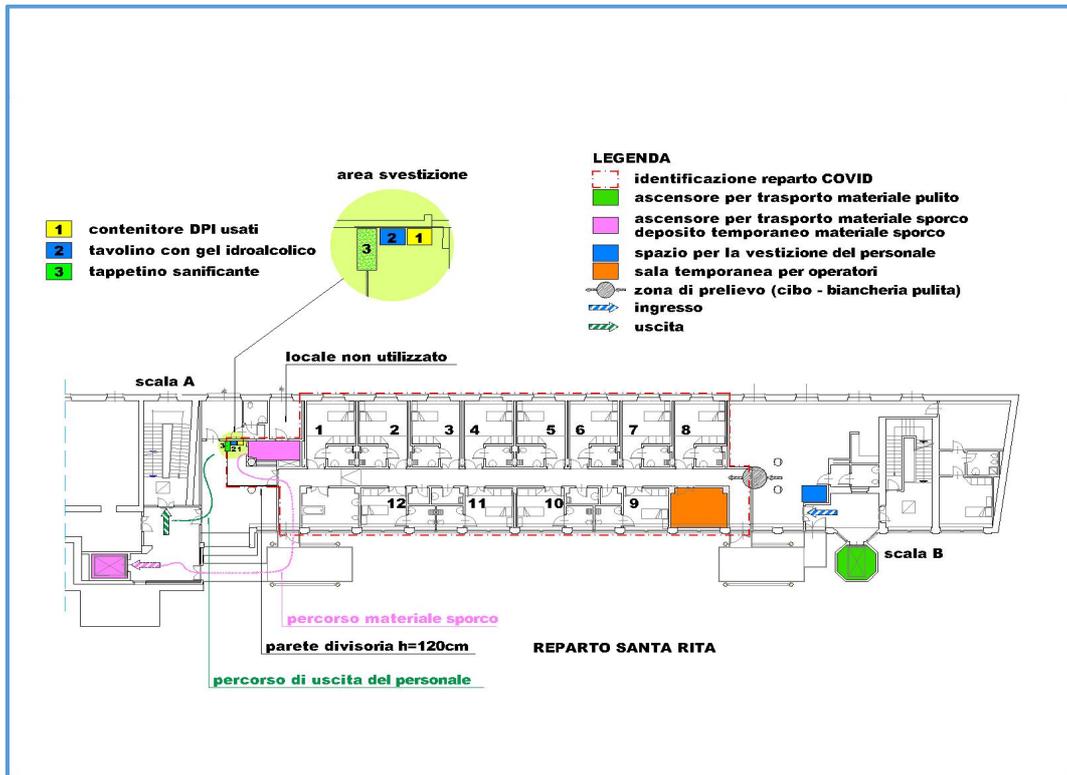
A servizio del reparto è stata assegnata una equipe dedicata agli ospiti COVID composta da OSS ed IP in numero tale da garantire la costante presenza giornaliera, in struttura, di almeno 2-3 persone in ogni turno.

Il percorso di ingresso e di uscita del personale dedicato all'assistenza degli ospiti è organizzato secondo un flusso di tipo unidirezionale.

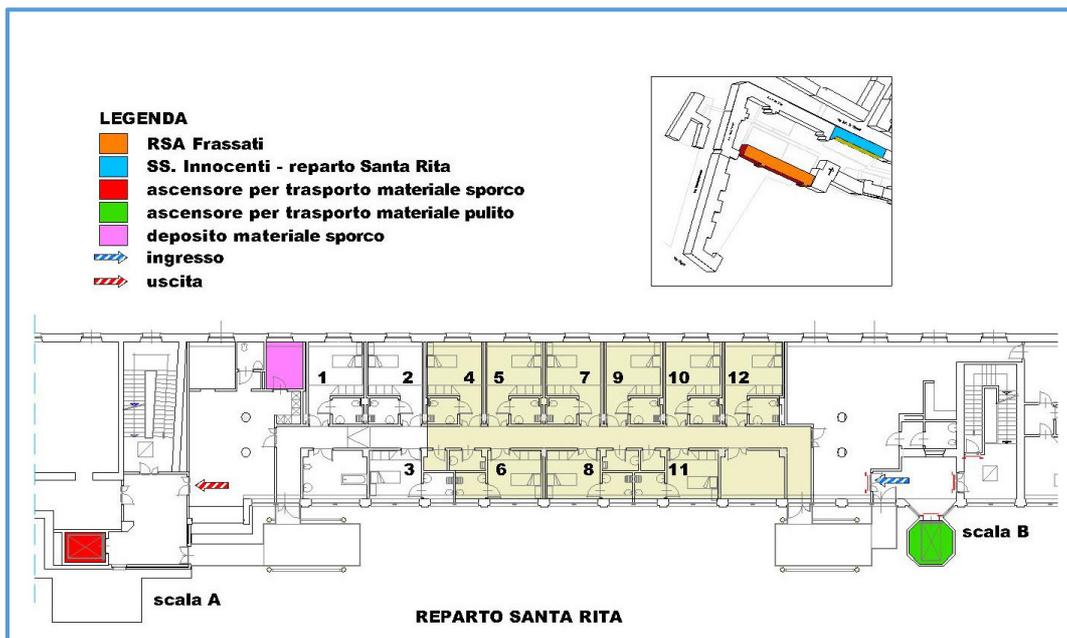
Il materiale pulito viene trasportato tramite l'ascensore della scala B; il punto di ingresso è costituito dalla porta del disimpegno della scala B. La vestizione dei DPI da parte del personale viene effettuata in un'area predisposta posizionata nell'ambiente del soggiorno, prima dell'ingresso al reparto COVID. La porta di accesso al reparto COVID identifica anche la zona di prelievo, in cui avviene l'ingresso in reparto del cibo e della biancheria pulita. All'interno del reparto viene individuato anche un locale dedicato ad ambiente di lavoro degli operatori.

Il materiale sporco viene depositato temporaneamente in un locale predisposto adiacente al punto di uscita del reparto. Il materiale sporco viene trasportato fuori dalla struttura utilizzando il percorso

dedicato che porta all'ascensore dello sporco. Al termine delle operazioni di assistenza e/o termine del turno di lavoro il personale si reca nell'area di svestizione e, dopo essersi svestito secondo la procedura in essere, si reca verso l'uscita identificata dalla scala A. Nella planimetria che segue sono rappresentati gli ambienti e i percorsi descritti.



**SCENARIO INCIDENTALE 1 - FABBRICATO SANTI INNOCENTI**



**SCENARIO INCIDENTALE 1 - FABBRICATO SANTI INNOCENTI**



## *SCENARIO INCIDENTALE 2 – ISOLAMENTO CASI COVID ALL'INTERNO DELLA STRUTTURA*

Lo scenario incidentale 2 descrive gli interventi attuati e da attuare nel caso in cui la struttura di SS. Innocenti al terzo piano, reparto Santa Rita dedicata all'isolamento dei casi COVID vada in esaurimento di posti letto disponibili e non sia sufficiente ad accogliere gli ospiti della RSA Annunziata risultati positivi.

In questo caso la gestione dell'isolamento di ospiti con sintomi sospetti o conclamati è stata organizzata nella RSA Annunziata al secondo piano, reparti Carità e Santa Cristina.

I reparti dispongono di:

- n.3 camere singole;
- n.13 camere doppie.

Tutte le camere sono dotate di servizi igienici accessibili dal loro interno tramite disimpegno.

Nel caso in cui un ospite risultasse positivo per COVID-19 si procederà al suo isolamento con trasferimento al secondo piano reparto *Carità* nella camera identificata con il numero 13, garantendo durante il percorso la minima esposizione ad altri ospiti ed evitando spazi comuni.

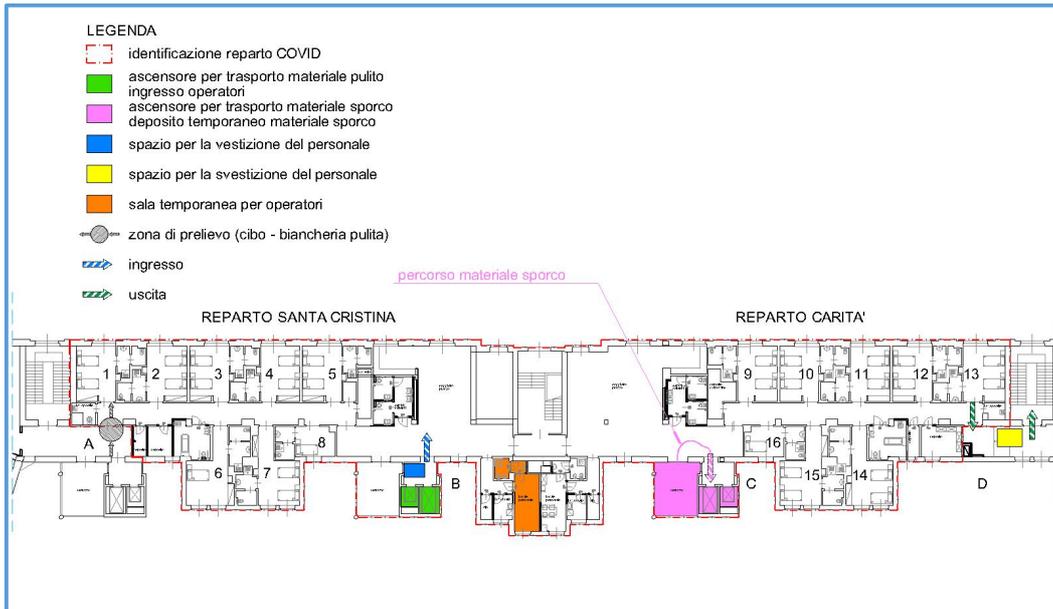
L'occupazione dei posti letto proseguirà fino all'occupazione della camera numero 1 del reparto *Santa Cristina*. La camera di provenienza dell'ospite e il mezzo di trasporto utilizzato saranno sanificati.

Resta inteso che se il quadro clinico dell'ospite dovesse peggiorare si provvederà ad organizzare il suo trasferimento presso strutture di ricovero a carattere sanitario, individuate dal sistema sanitario regionale. In definitiva, il reparto COVID è stato composto dall'unione dei 2 reparti sopra richiamati e funzionerà con il concetto della coorte, iniziando ad occupare le camere fino all'occupazione dei 2 reparti. Il nucleo S. Maddalena (sullo stesso piano e vicino a Santa Cristina) è stato occupato da ospiti contatti stretti di ospiti positivi. A servizio del reparto COVID verrà costituita una equipe dedicata agli ospiti COVID composta da OSS ed IP in numero tale da garantire la costante presenza giornaliera, in struttura, di almeno 2-3 persone in ogni turno. Il percorso di ingresso e di uscita del personale dedicato all'assistenza degli ospiti è organizzato secondo un flusso di tipo unidirezionale. Il materiale pulito e l'ingresso del personale avviene tramite l'ascensore B; il punto di ingresso è costituito dalla porta del disimpegno B. La vestizione dei DPI da parte del personale viene effettuata in un'area predisposta posizionata nel disimpegno B, prima dell'ingresso al reparto COVID. L'atrio di accesso al reparto S. Cristina (punto A) identifica anche la zona di prelievo, in cui avviene l'ingresso in reparto del cibo e della biancheria pulita.

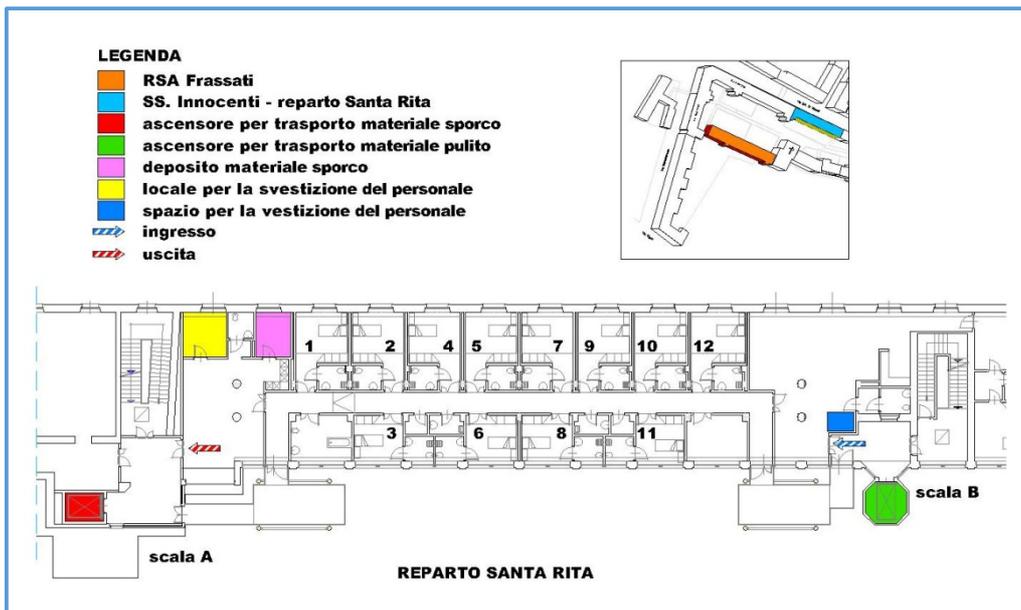
All'interno del reparto viene individuato anche un locale dedicato ad ambiente di lavoro degli operatori. Il materiale sporco viene depositato temporaneamente nel terrazzo esterno del reparto

Carità e trasportato fuori dalla struttura utilizzando l'ascensore C. Al termine delle operazioni di assistenza e/o termine del turno di lavoro il personale si reca verso l'uscita del reparto nel punto D e, dopo essersi svestito secondo la procedura in essere, percorre la scala.

Nella planimetria che segue sono rappresentati gli ambienti e i percorsi descritti.



**SCENARIO INCIDENTALE 2 - FABBRICATO SANTA ANNUNZIATA**



**SCENARIO INCIDENTALE 2 - FABBRICATO SANTI INNOCENTI**



## SQUADRA COVID

È molto importante organizzare e formare gli operatori che costituiranno la squadra COVID al fine di rispettare le norme qui di seguito riportate:

1. concentrare le attività assistenziali (es. terapia/colazione/igiene) al fine di ridurre gli accessi alla stanza dell'ospite;
2. fare indossare all'ospite una mascherina chirurgica, se tollerata.
3. quando è necessaria l'assistenza diretta all'ospite, applicare rigorosamente le precauzioni da contatto e droplets nell'assistenza di casi sospetti o probabili/confermati di COVID-19:
  - guanti,
  - dispositivo di protezione respiratoria,
  - occhiali di protezione/visiera,
  - grembiule/camice monouso (possibilmente idrorepellente);
  - se non fosse necessario il contatto diretto, indossare la mascherina chirurgica, mantenersi alla distanza di almeno 1 metro ed evitare di toccare le superfici nella stanza dell'ospite;
4. praticare frequentemente l'igiene delle mani con soluzione idroalcolica o se non disponibile o le mani sono visibilmente sporche, lavare le mani con acqua e sapone e asciugare con salvietta monouso;
5. effettuare frequente pulizia nella stanza dell'ospite con acqua e detersivi seguita da disinfezione con ipoclorito di sodio allo 0,5% (equivalente a 5000ppm) per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e dei bagni, e allo 0,1% (equivalente a 1000 ppm) per le altre superfici; prestare particolare attenzione alle aree comuni; e aerare frequentemente i locali;
6. disinfettare con alcol etilico al 70% i dispositivi di cura o attrezzature riutilizzabili (ad esempio, i termometri e gli stetoscopi) ogni volta che si usano da un ospite all'altro;
7. avvertire il medico di medicina generale/di struttura o di Continuità Assistenziale (ex Guardia Medica);
8. garantire una ventilazione regolare degli ambienti;
9. riporre con cautela in un sacchetto chiuso la biancheria della persona in isolamento in attesa di essere lavata e, evitando il contatto diretto con la propria cute e i propri vestiti. Non agitare la biancheria per arieggiarla. Lavare vestiti, lenzuola, asciugamani e teli da bagno in lavatrice a 60–90°C con uso di comune detersivo;



10. lavare in lavastoviglie o a mano con acqua calda e detergente le stoviglie utilizzate dal caso sospetto/confermato;
11. indossare guanti e mascherina durante le operazioni di lavaggio di biancheria e vestiti, di disinfezione e igiene dei locali.
12. collocare i contenitori dei rifiuti speciali all'interno della stanza della persona in isolamento sino alla chiusura, una volta chiusi devono essere subito collocati all'interno del deposito individuato all'interno della struttura.

Resta invariato il percorso di gestione dei rifiuti speciali in essere all'interno di ogni struttura.

I contenitori dei rifiuti speciali devono essere collocati all'interno della stanza della persona in isolamento sino alla chiusura, una volta chiusi devono essere subito collocati all'interno del deposito individuato all'interno della struttura.

Per razionalizzare il consumo di DPI e prevenire la loro carenza è opportuno considerare di raggruppare e pianificare le attività assistenziali al letto del paziente per minimizzare il numero di ingressi nella stanza (ad esempio, controllo dei segni vitali durante la somministrazione di farmaci oppure distribuzione del cibo ad opera di un operatore sanitario che deve eseguire altri atti assistenziali) rivedendo l'organizzazione del lavoro al fine di evitare, ripetuti accessi agli stessi e conseguente ripetuta vestizione e svestizione con consumo di DPI.

È anche opportuno che gli operatori individuati evitino di entrare nella stanza in cui sia ricoverato un caso sospetto/accertato di COVID-19 se ciò non è necessario a fini assistenziali.

Sospensione delle attività di gruppo e della condivisione di spazi comuni all'interno della struttura.

Al fine di ridurre le occasioni di contatto dei residenti con casi sospetti/probabili/confermati, anche solo temporaneamente presenti nella struttura, è necessario:

- sospendere la somministrazione dei pasti in ambienti comuni e tutte le attività di gruppo che non possano essere gestite in sicurezza, compreso il criterio del distanziamento fisico di almeno un metro;
- nei limiti della correttezza assistenziale, ridurre la frequenza di manovre che portino ad uno stretto contatto con l'ospite;
- garantire la permanenza degli ospiti nella propria area di appartenenza, evitando sia trasferimenti per altri motivi sia incontri in aree comuni di residenti provenienti da aree diverse. In ogni caso, nei momenti indifferibili di sosta in ambienti comuni, favorire l'igiene delle mani, cercare di mantenere la distanza di almeno 1 metro tra un ospite e l'altro e, laddove non fosse possibile, considerare l'uso della mascherina.



## PROCEDURA VESTIZIONE / SVESTIZIONE

### Vestizione

1. Togliere ogni monile e oggetto personale.
2. Indossare il copricapo
3. Praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o gel idroalcolico;
4. Indossare sopra la divisa il camice monouso
5. Indossare il facciale filtrante facciale
6. Indossare la visiera o gli occhiali di protezione
7. Ripetere il lavaggio delle mani con il gel idroalcolico
8. Indossare un primo paio di guanti;
9. Indossare secondo paio di guanti.

### Svestizione

#### Regole comportamentali

- evitare qualsiasi contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute;
  - i DPI monouso vanno smaltiti nell'apposito contenitore per materiale infetto categoria B (UN3291) nell'area di svestizione;
1. Rimuovere il primo paio di guanti avendo cura di non toccare i guanti sottostanti e smaltirli nel contenitore per rifiuti infetti.
  2. Igiene delle mani
  3. Rimuovere il camice strappando i lacci in vita e la chiusura posteriore, arrotolarlo dal lato interno e smaltirlo nel contenitore per rifiuti infetti.
  4. Igiene delle mani
  5. Rimuovere gli occhiali protettivi o visiera e appoggiarli su una superficie;
  6. Rimuovere il filtrante facciale FFP2, maneggiandolo dalla parte posteriore e smaltirlo nel contenitore per rifiuti infetti.
  7. Rimuovere il copricapo
  8. Rimuovere il secondo paio di guanti.
  9. Praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o gel idroalcolico.
  10. Indossare un nuovo paio di guanti.
  11. Impregnare due garze/carta monouso con soluzione disinfettante a base di ipoclorito di sodio (0.1% -0,5%).
  12. Sanificare gli occhiali protettivi o visiera e riporli nel vassoio contenitore pulito.



### 7.3 DIFFUSIONE DEL COVID 19 ALL'INTERNO DELL'AMBITO COTTOLENGO

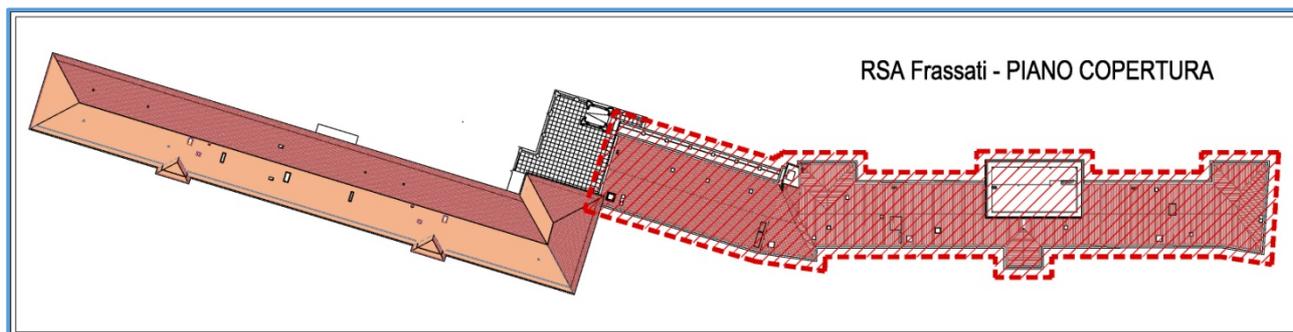
Le R.S.A. esaminate come analizzato in precedenza evidenziano una articolazione di ambienti dedicati a diverse funzioni, che oggi in piena pandemia necessitano di accorgimenti particolari che permettano di ridurre il rischio di contagi all'interno. Si possono distinguere in particolare:

- l'area abitativa costituita dalle camere di degenza che possono avere da 1 a 2 posti letto con relativi servizi igienici, dotati di telefoni mobili; è necessario prestare particolare attenzione alla qualità dell'aria interna e alle attività di sanificazione dovuta alla caratteristica di essere ambienti condivisi o destinati a deposito e pulizia, in modo da ridurre la concentrazione di virus ed inquinanti in genere;
- le aree di servizio che ospitano: il soggiorno, le aree gioco, le cucine con le relative sale pranzo, bagni assistiti, sale medicali e sale deposito di varia natura: anche in questo caso risulta sempre più importante il monitoraggio e la gestione della qualità dell'aria, ma aspetto anche molto importante è il mantenimento della distanza sociale: quindi ambienti dimensionati e arredati in modo tale da consentire l'interazione evitando l'alienamento degli ospiti (già problematici) ma riducendo al minimo il rischio di contagio (ospiti particolarmente delicati, anziani e bisognosi di assistenza quindi già potenzialmente compromessi e indeboliti);
- le aree di vita collettiva: ingresso, uffici amministrativi ma soprattutto le aree polivalenti, gli angoli bar, le cappelle per il culto, locali parrucchiere e barbiere etc. La dimensione dei servizi di vita collettiva deve variare in rapporto al presumibile numero di utenti esterni alla struttura; anche in merito agli utenti esterni, che possono essere portatori di virus, è fondamentale la corretta gestione dello spazio e della qualità dell'aria;
- i servizi sanitari: la sala visita, il locale per fisiochinesiterapia, locale per servizio di podologia, palestra, spogliatoio, deposito, servizi igienici.
- i servizi generali per l'intera struttura: cucina, dispensa e locali accessori, lavanderia e stireria, spogliatoio del personale con servizi igienici, magazzini, camera ardente con accesso dall'esterno, deposito materiale sanitario, deposito pulito, deposito sporco, deposito attrezzature. Vista la potenziale presenza di germi, batteri e virus, questi ambienti richiedono una organizzazione dettagliata e una attenta pianificazione per igienizzare e sanificare.

Le condizioni degli ospiti delle RSA generano un requisito indispensabile, ovvero la completa eliminazione delle barriere architettoniche. Gli spazi devono essere resi agevolmente fruibili e in piena sicurezza da tutti gli ospiti, indistintamente. Questo requisito assume più importanza in

quest'epoca post-Covid, in quanto può risultare utile una maggiore mobilità negli spazi: il libero accesso a tutti gli spazi esterni (come ad esempio un giardino) può contribuire a ridurre l'affollamento all'interno degli ambienti interni "chiusi". Il requisito della fruibilità va inteso in senso ampio, come possibilità di accesso fisico e visivo agli spazi, di intervento autonomo su alcuni fattori ambientali, di identificazione immediata dei luoghi e percorsi.

#### Fabbricato Frassati

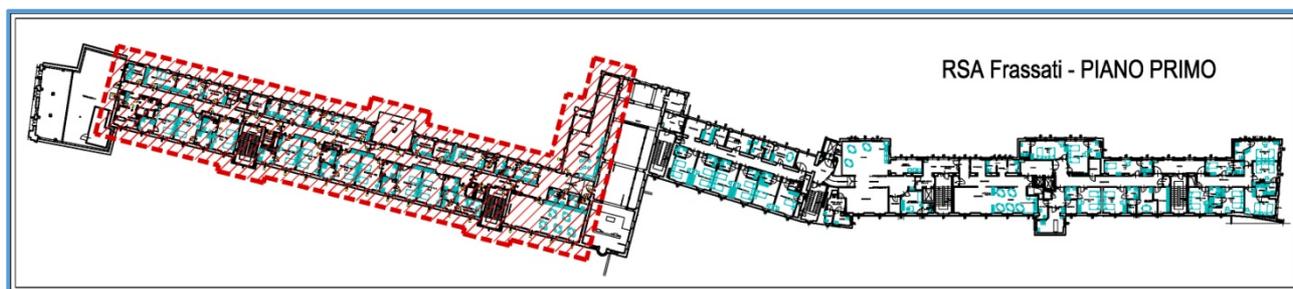


**FRASSATI MANICA A CANTIERE**

Nessun operaio del cantiere è stato oggetto di contagio. I lavori però sono diminuiti in maniera significativa rispetto al cronoprogramma contrattuale definito prima della pandemia. L'affollamento medio del cantiere è passato da 30 uomini giorno a 10 uomini giorno.

A lavori ultimati ci saranno 96 nuovi posti letto accreditati.

#### Fabbricato Frassati (manica B - due reparti da 40 pl.)



- Nr. positivi covid NESSUNO
- Nr Decessi covid NESSUNO
- Incidenza superficie reparto per posto letto 80 mq/letto
- Camere doppie nr. 22 con Sup. media di 23,23 mq. rispetto ai 18.mq/Legge
- Camere singole nr.6 con sup. media di 18,69 mq rispetto ai 12.mq/Legge



- Dal punto di vista ambientale presenta un buon distanziamento sociale
- Le camere singole sono mediamente superiori del 55 % rispetto alle dimensioni minime previste dalla normativa.
- Le camere doppie sono mediamente superiori del 29 % rispetto alle dimensioni minime previste dalla normativa.

#### ANALISI DELLA POPOLAZIONE PRESENTE

- Sotto gli 80 anni 20 %
- Tra gli 80 e i 90 anni 75 %
- Sopra i 90 anni 15 %

#### ANALISI AERAZIONE NATURALE

L'aerazione risulta buona con possibilità di modulare l'apertura dei serramenti in modo da avere sempre la parte alta dell'infisso aperta senza creare sgradevoli correnti d'aria

#### CLIMATIZZAZIONE AMBIENTI

E' presente una sola macchina di trattamento aria per tutti i reparti presenti nel fabbricato

#### ANALISI MATERIALI

- Pavimenti e zoccolatura continua in gomma fino ad un'altezza, rispetto al piano pavimento di 180 cm nelle parti comuni e 100 cm nelle parti private ( camere )
- Controsoffitti con pannelli di cartongesso continuo
- Parete lavorata ad intonaco in cemento con tinta a base acqua
- In generale le superfici presentano una bassa porosità con continuità dei materiali.
- Le superfici si prestano ad essere sanificate ed igienizzate

#### ORGANIZZAZIONE LOGISTICA DI PREVENZIONE

Non si è usato il WC assistito per l'igiene dell'ospite ma si è usato il bagno in camera.

#### ELEMENTI DETERMINANTI PER IL CONTENIMENTO DEL CONTAGIO

1. Utilizzo dei dpi da parte degli ospiti e del personale
2. Distanziamento sociale di almeno 1 metro tra ogni ospite
3. Utilizzo frequente dei presidi di sanificazione/igienizzazione delle mani
4. Aerazione naturale degli ambienti
5. Disattivazione impianto trattamento aria con recupero di energia termica
6. Periodica giornaliera sanificazione degli ambienti privati e degli spazi comuni

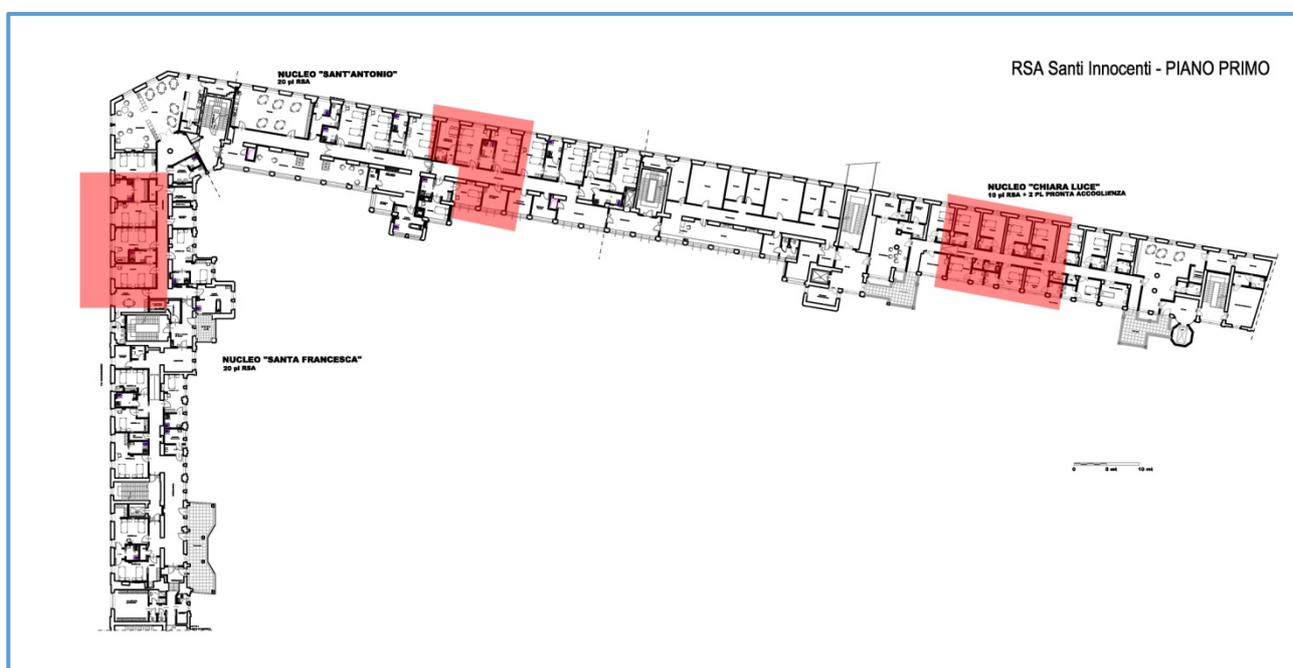
## IGIENIZZAZIONE E SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI

- Prima si deve procedere con l'igienizzazione successivamente con la sanificazione
- Per i pavimenti e le superfici materiali in genere si impiegano prodotti a base di cloro in percentuale di 5000 ppm; molto impattante sull'ambiente e sugli operatori.
- Per le superfici materiali in genere si impiegano prodotti a base di alcol oppure prodotti Virudicida (igienizzano e sanificano con lo stesso prodotto lasciando gli ambienti profumati)

## PRESCRIZIONI

Utilizzare per le pulizie delle camere panni in microfibra da sostituire per ogni camera.

Fabbricato SS Innocenti (6 reparti da 20 pl. cad.uno e 3 reparti da 10 + 2 pl. cad.uno)



## PERSONALE OPERANTE

- OSS nr. 66
- Inf prof nr. 15
- Educatori. nr 2
- Addetti pulizie nr. 18

## PRIMA ONDATA DEL CONTAGIO (MARZO APRILE)

- Positivi al Covid. n. 29
- Ospiti n. 25; inf.prof n. 2; oss n. 2
- Decessi n. 3 di cui 2 sospetti covid ed 1 certo covid
- Sviluppo del contagio a macchia di leopardo



- Il virus è stato portato all'interno della struttura probabilmente da un operatore O.S.S.
- Il virus si è diffuso nei reparti partendo dagli spazi comuni

#### SECONDA ONDATA DEL CONTAGIO (OTTOBRE NOVEMBRE)

- Positivi al Covid n. 7
- Ospiti n. 6; oss n. 1
- Nr decessi NESSUNO
- Incidenza sup reparto per posto letto 97 mq/letto (grande presenza di spazi comuni pari a ¼ della Sup. Lorda del reparto)
- Camere doppie nr. 54 Sup. media di 24,32 mq rispetto ai 18.mq/Legge
- Camere singole nr 36.Sup. media di 19,99 mq rispetto ai 12.mq/Legge
- Dal punto di vista ambientale presenta un buon distanziamento sociale

Le camere doppie sono mediamente superiori del 35 % rispetto alle dimensioni minime previste dalla normativa.

Le camere singole sono mediamente superiori del 67 % rispetto alle dimensioni minime previste dalla normativa.

#### ANALISI DELLA POPOLAZIONE PRESENTE

- Sotto gli 80 anni 15 %;
- Tra gli 80 e i 90 anni 75 %
- Sopra i 90 anni 10 %

#### ANALISI AERAZIONE NATURALE

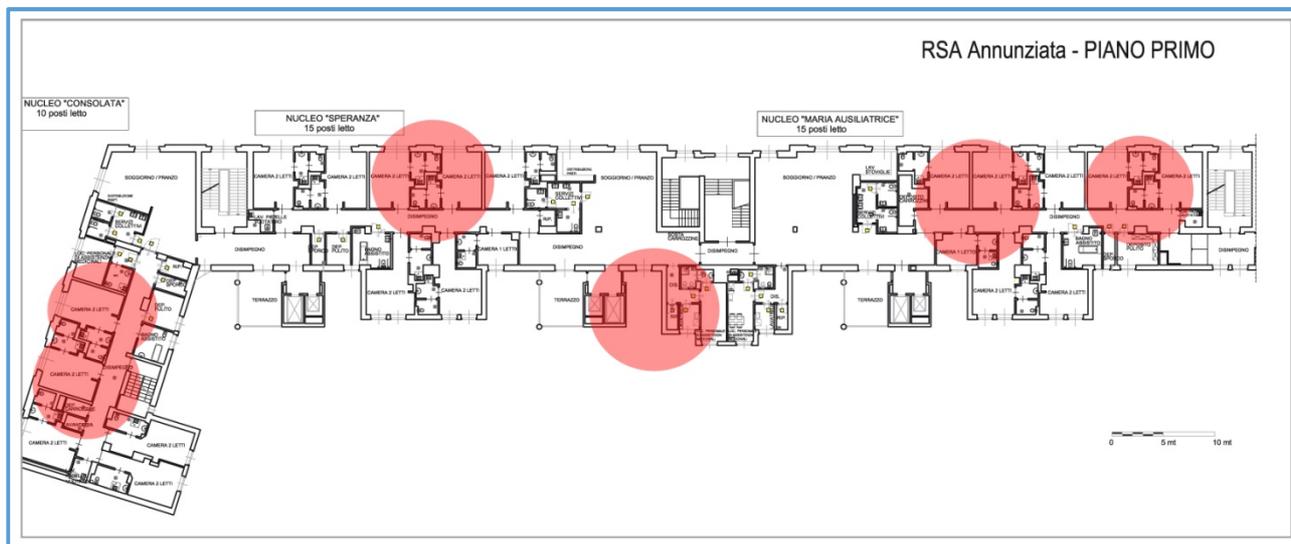
Discreta e Non ottimale nel soggiorno dove si è probabilmente diffuso il virus.

Climatizzazione ambienti Una sola macchina per tutti i reparti

#### ANALISI MATERIALI

- Pavimenti e zoccolatura continua in gomma fino ad un'altezza, rispetto al piano pavimento di 100 cm nelle parti comuni e nelle parti private ( camere )
- Controsoffitti in quadrotte di fibra minerale discontinua
- Parete lavorata ad intonaco in cemento con tinta a base acqua
- In generale le superfici presentano una bassa porosità ( al difuori dei contro soffitti )
- Le superfici si prestano ad essere sanificate ed igienizzate

Fabbricato Santa Annunziata (6 reparti da 15 pl. cad.uno e 3 reparti da 10 pl. cad.uno)



#### PERSONALE OPERANTE

- OSS nr. 69
- Inf prof nr. 11
- Educatori. nr 2
- Addetti pulizie nr. 10

#### PRIMA ONDATA DEL CONTAGIO (MARZO APRILE)

- Nr positivi al Covid. NESSUNO

#### SECONDA ONDATA ( OTTOBRE NOVEMBRE )

##### DISTRIBUZIONE DEL CONTAGIO:

- Un reparto al 1<sup>^</sup> piano(n. 15)
- Tutto il 2<sup>^</sup> piano (n. 15 + n. 15 + n. 10)
- Un reparto al 3<sup>^</sup> piano (n. 13)
- Positivi al Covid n.68 ospiti e n. 48 operatori
- Ospiti nr.68
- Dipendenti nr.44 OSS + 1 educatore + 3 infermieri
- Nr decessi NESSUNO

Incidenza sup reparto per posto letto 83 mq/letto ( grande presenza di spazi comuni pari a ¼ della Sup. Lorda del reparto)



Camere doppie nr. 57 - Sup. media di 22,57 mq rispetto ai 18.mq/Legge

Camere singole nr 6 .- Sup. media di 12,07 mq rispetto ai 12.mq/Legge

Dal punto di vista ambientale presenta un buon distanziamento sociale

Le camere doppie sono mediamente superiori del 25 % rispetto alle dimensioni minime previste dalla normativa.

Le camere singole coincidono mediamente con i limiti previsti dalla normativa.

#### ANALISI DELLA POPOLAZIONE PRESENTE

- Sotto gli 80 anni 17 %
- tra gli 80 e gli 90 anni 78 %
- sopra i 90 anni 5 %

#### 7.4 CONCLUSIONI

Dall'analisi della diffusione del contagio da Covid presso i fabbricati si evince che sono stati più resilienti i reparti dove i materiali usati presentano una bassa porosità, non sono stati utilizzati gli spazi comuni e la dimensione delle camere private e degli spazi comuni sono significativamente superiori agli standard. In particolare il fabbricato Santa Annunziata pur avendo un'altissima area di contagio ha reagito molto bene alla gestione dei pazienti Covid attraverso l'ausilio dei dispositivi di ossigeno presenti presso ogni posto letto.



## **CAPITOLO VIII - ANALISI DEI REQUISITI ESIGENZIALI DEGLI UTENTI E DEGLI OPERATORI DELLE R.S.A. DEL COTTOLENGO DI TORINO**

Per una persona giovane in buone condizioni psico-fisiche, il concetto di qualità della vita può semplicemente essere rappresentata dal livello di soddisfazioni personali in ambito lavorativo e sociale o fare riferimento al suo ordinario stato di salute, o essere legato ai bisogni di natura spirituale o intellettuale.

Prendendo in considerazione il fattore della disabilità fisica e psichica legata all'età, diventa particolarmente complicato individuare quegli aspetti universali riferibili alla concezione di qualità della vita.

Nell'ambito della ricerca è stato particolarmente importante esaminare i fattori che influenzano la vita dell'anziano nei vari momenti della giornata, prestando particolare attenzione alla dimensione pubblico-privata degli ambienti, rappresentata dalla camera da letto, in cui passa il 90 % del proprio tempo se allettato o il 60 % del tempo se in discrete condizioni di salute, e dal rapporto con gli operatori socio sanitario con cui vive i momenti più intimi e privati della propria esistenza, condividendo il 100 % del tempo, se allettato e circa il 50 % se in discrete condizioni di salute.

Pertanto, un aspetto importante dell'analisi è stato rivolto all'inquadramento delle esigenze specifiche dell'ospite, degli operatori ed infine dei famigliari.

### **8.1 INTERVISTA AGLI UTENTI DEL REPARTO**

L'intervista rappresenta un approccio molto importante per raccogliere esperienze personali, opinioni e consigli dei vari soggetti presenti all'interno delle RSA con mansioni ruoli e responsabilità differenti.

Le principali figure coinvolte sono:

- gli ospiti che vivono in struttura
- i famigliari degli ospiti nel momento della visita;
- i medici della direzione sanitaria e della medicina territoriale;
- gli infermieri professionali;
- i terapisti addetti alla riabilitazione;
- gli animatori/educatori
- gli operatori socio assistenziali;
- gli addetti alle pulizie
- i manutentori della struttura



Le interviste si sono svolte elaborando e trasmettendo questionari specifici, ai direttori di struttura dei 27 reparti di studio, che a loro volta hanno consegnato ai coordinatori delle singole attività, che una volta compilati hanno riconsegnato, in forma anonima la documentazione.

Dopo di che ho provveduto ad elaborare le informazioni con l'assistenza diretta dell'RSPP del Cottolengo.

Le informazioni sono state fondamentali per cogliere quegli aspetti più intimi e nascosti della mansione assegnata che difficilmente si riescono a conoscere durante gli ordinari incontri di pianificazione ed organizzazione dei lavori.

### Interviste

#### a) Interviste agli ospiti ed ai parenti

Le interviste sono state realizzate per la quasi totalità dei casi a persone in avanzato stato di età e con problemi fisici e psichici importanti, con il supporto, a seconda dei casi, dello psicologo, dell'assistente sociale o del tutore nominato dal Tribunale. Per molti di loro l'unica vera famiglia è rappresentata dalle Suore del Cottolengo.

Le interviste verbali sono state eseguite con il sostegno diretto del personale religioso presente in struttura che mi ha aiutato a porre le domande e soprattutto ad interpretarne le risposte.

I quesiti posti si possono sintetizzare e semplificare in:

1. la stanza privata è confortevole e possiede tutti i servizi necessari ?
2. il rapporto con i visitatori esterni in questo periodo di pandemia come si svolge ?
3. i servizi offerti dal personale della struttura in questo periodo di pandemia come si svolge ?

### Analisi delle risposte

Le risposte sono state analizzate e riorganizzate in modo da cogliere le informazioni utile per la determinazione del quadro esigenziale.

### Risposte

1. la stanza privata è comoda, ci vorrebbe però la televisione;
2. il rapporto con i visitatori esterni si è interrotto con aumento della condizione di solitudine anche se il personale è sempre presente
3. c'è stato un maggior ricambio di personale, soprattutto in ambito di cooperative

#### b) Intervista al personale operante

Le interviste alle figure sanitarie hanno permesso di definire un attento crono mansionario per un reparto da 20 posti letto secondo la giornata tipo di lavoro, andando a definire, il tempo che ogni professionale mediamente dedica all'ospite in funzione dello specifico stato di salute.

Le domande formulate sono state:



1. svolgimento del servizio durante la pandemia da covid 19;
2. proposte di miglioramento e/o osservazioni rispetto alla logistica ordinaria e straordinaria;
3. osservazione in merito ai luoghi di lavoro ed alle macchine e attrezzature presenti;

Le figure professionali operanti in struttura sono:

- figure a contatto con l'ospite
  1. medico direttore sanitario
  2. medico di medicina territoriale
  3. fisioterapista
  4. educatore/animatore
  5. infermiere professionale
  6. operatore socio sanitario
- figure non a contatto con l'ospite
  1. addetto alle pulizie
  2. addetto alle manutenzioni

## 8.2 ANALISI DELLA GIORNATA TIPO PER OGNI MANSIONE

### Medico - Direttore Sanitario

Attività: colloquio con l'ospite

Durata 7,5 min./ ospite

Orario dalle ore 09.00 alle ore 12.00

Personale operante 1pp per reparto

Fattore medio di contatto per turno di lavoro - molto basso

- operatore/ospite pari a 7,5 min.equivalente a circa il 3 % del tempo disponibile
- operatore/camera da letto pari a 7,5 min equivalente a circa il 3 % del tempo disponibile
- operatore/spazi comuni - non interagisce con l'ospite in questi spazi.

Percentuale di tempo medio passato internamente alla struttura

- 30 % del tempo di lavoro passato all'interno delle camere private degli ospiti;
- 50 % del tempo di lavoro passato all'interno dell'ambulatorio di reparto;
- 20 % del tempo di lavoro passato con la direzione di struttura ;

Risposte dalla media dei report analizzati

1. Non si segnala nulla
2. Non si segnala nulla



### 3. Non si segnala nulla

#### Medico di medicina territoriale

Attività: visita dell'ospite

Durata 7,5 min./ ospite

Orario dalle ore 09.00 alle ore 12.00

Personale operante 1pp per reparto

Fattore medio di contatto per turno di lavoro– basso

- operatore/ospite pari a 7,5 min.equivalente a circa il 3 % del tempo disponibile
- operatore/camera da letto pari a 7,5min equivalente a circa il 3 % del tempo disponibile
- operatore/spazi comuni - non interagisce con l'ospite in questi spazi.

Percentuale di tempo medio passato internamente alla struttura

- 70 % del tempo di lavoro passato all'interno delle camere private degli ospiti;
- 30 % del tempo di lavoro passato all'interno dell'ambulatorio di reparto;

#### Risposte dalla media dei report analizzati

4. Non si segnala nulla
5. Non si segnala nulla
6. Non si segnala nulla

#### Fisioterapista

Attività: esercizi fisici di fisioterapia con metodica differente a seconda che la persona sia libera di spostarsi oppure si trovi in una condizione di allettamento.

Durata media 15 min./ ospite

Orario dalle ore 09.00 alle ore 12.00

Personale operante 1pp per reparto

Fattore medio di contatto per turno di lavoro - medio

- operatore/ospite pari a 15 min.equivalente a circa il 6 % del tempo disponibile
- operatore/camera da letto pari a 15min equivalente a circa il 6 % del tempo disponibile
- operatore/spazi comuni 15 min equivalente a circa il 6 % del tempo disponibile

Percentuale di tempo medio passato internamente alla struttura

- 50 % del tempo di lavoro passato all'interno delle camere private degli ospiti;
- 50 % del tempo di lavoro passato all'interno dell'ambulatorio di reparto;

#### Risposte dalla media dei report analizzati



1. durante il covid si sono dovute interrompere tutte le attività di gruppo
2. si dovrebbero introdurre dei sistemi di interazione virtuali
3. si dovrebbero introdurre attrezzature a maggior dimensione sensoriale

### Educatore

Attività: esercizi di socializzazione

Durata 15 min./ ospite

Orario dalle ore 09.00 alle ore 12.00

Personale operante 1pp per reparto

Fattore medio di contatto per turno di lavoro - medio

- operatore/ospite pari a 15 min.equivalente a circa il 6 % del tempo disponibile
- operatore/camera da letto pari a 15min equivalente a circa il 6 % del tempo disponibile
- operatore/spazi comuni 15 min equivalente a circa il 6 % del tempo disponibile

Percentuale di tempo medio passato internamente alla struttura

- 50 % del tempo di lavoro passato all'interno delle camere private degli ospiti;
- 50 % del tempo di lavoro passato all'interno dell'ambulatorio di reparto;

Risposte dalla media dei report analizzati

4. durante il covid si sono dovute interrompere tutte le attività di socializzazione
5. si dovrebbero introdurre dei sistemi di interazione virtuali
6. si dovrebbero introdurre strumenti a maggior dimensione sensoriale

### Infermiere professionale

Attività: somministrazione della terapia in camera

Durata 7,5 min./ ospite

Orario dalle ore 11.00 alle ore 12.00 dalle ore 20 alle ore 21.00

Personale operante 1pp per reparto

Attività: misurazione dei parametri di controllo sanitario

Durata 7,5 min./ ospite

Orario dalle ore 11.00 alle ore 12.00 dalle ore 20 alle ore 21.00

Personale operante 1pp per reparto

Fattore medio di contatto per turno di lavoro medio

- operatore/ospite pari a 15minequivalente a circa il 6 % del tempo disponibile
- operatore/camera da letto pari a 15min equivalente a circa il 3 % del tempo disponibile



- operatore/spazi comuni - non interagisce con l'ospite in questi spazi.

Percentuale di tempo medio passato internamente alla struttura

- 70 % del tempo di lavoro passato all'interno delle camere private degli ospiti;
- 20 % del tempo di lavoro passato all'interno dell'ambulatorio di reparto;
- 10 % del tempo di lavoro passato all'interno degli spazi privati

Risposte dalla media dei report analizzati

1. Si è dovuto operare con un maggior carico di D.P.I. che hanno reso il servizio particolarmente faticoso ed impegnativo
2. Si dovrebbero studiare dei nuovi sistemi di visita degli ospiti;
3. Si dovrebbero avere degli spogliatoi per ogni reparto distinti per operatori sanitari e operatori generici

#### Operatore Socio Sanitario.

Attività: sveglia e igiene personale dell'ospite

Se persona allettata presso bagno assistito ( uno per piano ) – (luogo a rischio contagio Covid)

Se persona non allettata presso il bagno della camera

Durata 20 min./ ospite - Orario dalle ore 07.00 alle ore 10,30 - Personale operante 5pp per reparto

Attività: vestizione

Durata 10 min./ ospite - Orario dalle ore 07.00 alle ore 10,30 - Personale operante 5pp per reparto

Attività: somministrazione della colazione in camera

Durata 10 min./ ospite - Orario dalle ore 08.30 alle ore 10,30 - Personale operante 5pp per reparto

Attività: rifacimento del letto e della camera

Durata 5 min./ ospite - Orario dalle ore 10,20 alle ore 11.00 - Personale operante 5ppper reparto

Attività: assistenza WC

Se persona alletta presso bagno assistito ( uno per piano ) (luogo a rischio contagio Covid)

Se persona non allettata presso il bagno di camera

Durata 10 min./ ospite - Orario dalle ore 11.00 alle ore 12.00 - Personale operante 4 ppper reparto

Attività: somministrazione pranzo

Se persona allettata in camera- Se persona non alletta in sala mensa (luogo a rischio contagio Covid)

Durata 15 min./ ospite - Orario Dalle ore 12.00 alle ore 13.30 - Personale operante 5 pp per reparto

Attività: riposo in camera da letto

Durata 90 min. - Orario dalle ore 13.30 alle ore 15.00 - Personale operante 5ppper reparto

Attività: trasferimento in carrozzina nella zona giorno (TV)



Se persona non allettata

Durata 10 min/ospite - Orario: dalle ore 15.00 alle ore 17.00 - Personale operante 5 pp per reparto

Attività religiosa

Se persona non allettata stanza per il culto

Durata 60 min. - Orario dalle ore 17.00 alle ore 18.00 - Personale operante 5pp. per reparto

Attività. somministrazione della cena

Persona allettata in camera - persona non allettata in sala mensa (luogo a rischio contagio Covid 19)

Durata 15 min./ospite - Orario dalle ore 18.00 alle ore 19.30 - Personale presente 5 pp per reparto

Attività: WC e messa a letto

Se persona allettata - presso il bagno assistito (luogo a rischio contagio Covid)

Se persona non allettata presso il bagno di camera

Durata 15 min./ospite - Orario dalle ore 19.30 alle ore 21.00 - Personale operante 5ppper reparto

Percentuale media di contatto per turno di lavoro

- operatore/ospite pari a 110 minequivalente a circa il 25 % del tempo disponibile
- operatore/camera da letto pari a 75min equivalente a circa il 16 % del tempo disponibile
- operatore/spazi comuni ( sala pranzo, salotto Tv, stanza per il culto ) pari a 210min equivalente a circa il 40 % del tempo disponibile

Percentuale di tempo medio passato internamente alla struttura

- 70 % del tempo di lavoro passato all'interno delle camere private degli ospiti;
- 10 % del tempo di lavoro passato all'interno del WC assistito;
- 20 % del tempo di lavoro passato all'interno degli spazi privati

Risposte dalla media dei report analizzati

1. per i casi meno gravi si è deciso di eseguire l'igiene degli ospiti direttamente presso il WC della camera (Frassati )
2. introdurre dei sistemi di vigilanze e controllo delle camere degli ospiti gravi con sistemi digitali
3. aumentare il numero di camere singole e per le camere doppie introdurre dei sistemi di confinamento mobile tar i due letti

### Addetto alle pulizie

Attività: pulizia camera ospite

Durata 15 min./ospite

Orario dalle ore 09.00 alle ore 12.00



Personale operante 2pp per reparto

Attività: pulizia spazi comuni

Durata 60 min.

Orario dalle ore 09.00 alle ore 12.00

Personale operante 2 pp per reparto

Fattore medio di contatto per turno di lavoro medio

- operatore/camera da letto pari a 15min equivalente a circa il 3 % del tempo disponibile
- operatore/spazi comuni pari a 60 min. equivalente a circa il 12 % del tempo disponibile

Percentuale di tempo medio passato internamente alla struttura

- 30 % del tempo di lavoro passato all'interno delle camere private degli ospiti;
- 70 % del tempo di lavoro passato all'interno degli spazi comuni

Risposte dalla media dei report analizzati

1. utilizzare panni distinti per ogni camera da lavarsi a fine turno con prodotti sanificanti
2. utilizzare prodotti igienizzanti e sanificanti profumati e non con puro cloro
1. nessuna risposta

### Manutentore

Attività: manutenzioni varie

Durata 8 g. in struttura

Orario dalle ore 08.00 alle ore 17.00

Personale operante 3pp per reparto

Fattore medio di contatto per turno di lavoro

- operatore/camera da letto pari a 15min equivalente a circa il 3 % del tempo disponibile
- operatore/spazi comuni pari a 60 min. equivalente a circa il 12 % del tempo disponibile

Percentuale di tempo medio passato internamente alla struttura

- 30 % del tempo di lavoro passato all'interno delle camere private degli ospiti;
- 70 % del tempo di lavoro passato all'interno degli spazi comuni

Risposte dalla media dei report analizzati

1. il servizio è stato svolto regolarmente
2. realizzare impianti di trattamento aria distinti per reparti e per macro ambienti
3. inserire nei punti terminali dei rubinetti dispositivi di flussaggiotemporizzati



### 8.3 ANALISI DEI REQUISITI STRUTTURALI DEI FABBRICATI DELL'AMBITO

Azione richiesta dal rapporto ISS 4/2020 sulla prevenzione del covid 19 presso le RSA	parametro rispettato		parametro rispettato con intervento logistico		Parametro rispettato con intervento edilizio/impiantistico		Parametro non rispettabile
	si	no	si	no	si	no	
separazione percorsi di ingresso/uscita del personale e dei visitatori esterni		X	X				
separazione percorsi del servizio di ristorazione dalla cucina alle camere		X	X				
separazione dei percorsi di servizio per le camere mortuarie; (salma ascensore sporco)		X	X				
separazione dei percorsi per l'eliminazione dei rifiuti verticali		X	X				
presenza di reparto covid all'interno della struttura		X	X				
presenza di impianto di ossigeno per posto letto	X						
Presenza di impianto del vuoto ( aspira )per posto letto	X						
presenza di impianto di trattamento aria per piano		X			X		
presenza di gruppo elettrogeno al servizio dell'impiantistica di emergenza sanitaria	X						
presenza in ogni piano di spogliatoi sporco pulito per operatori sanitari		X			X		
presenza in ogni piano di spogliatoi separati per operatori sanitari e operatori generici		X			X		
presenza di locale al piano per deposito presidi sanitari covid		X	X				
presenza di locale farmaci covid al piano	X						
presenza di area sicura antincendio dei pazienti sospetti/accertati covid		X	X				
presenza di percorsi antincendio dei pazienti sospetti/accertati covid		X	X				
presenza di aree adibite all'incontro dei visitatori esterni		X			X		
Presenza di sistemi in filodiffusione al servizio degli spazi privati		X			X		
Presenza di sistemi in filodiffusione al servizio degli spazi pubblici	X						
Presenza di apparecchiature sistemi domotici interni alla camera		X			X		

Per individuare i criteri di adeguamento/adattamento dell'ambiente alle esigenze specifiche dell'anziano, che vive all'interno di una RSA, è indispensabile comprendere i deficit di percezione e memorizzazione dell'ambiente.

Questo criterio può guidare a modifiche e adeguamenti mirati al bisogno del singolo.

Nell'anziano con naturali problemi geriatrici legati a stati di demenza la difficoltà a percepire gli stimoli provenienti dall'ambiente è dovuta all'interazione di più fattori :

- problemi legati all'invecchiamento (ridotta acuità visiva, minori capacità di adattamento al buio, facilità ai fenomeni di abbagliamento, deficit sensoriali uditivi);
- problemi specifici legati alla demenza (deficit percettivi dei colori in banda fredda, deficit percettivi di profondità e distanza, ridotta sensibilità al contrasto, deficit interpretativo di stimoli visivi astratti, difficoltà a localizzare e interpretare gli stimoli uditivi);
- difficoltà a memorizzare i punti di riferimento ambientali e a interiorizzare mappe spaziali (i percorsi, la dislocazione spaziale degli oggetti e degli elementi presenti nell'ambiente);
- eventuale presenza di patologie organiche concomitanti soprattutto se suscitant dolore o di alterazioni di alcuni parametri fisiologici (pressione arteriosa, temperatura, glicemia, elettroliti plasmatici, livello di idratazione) o di deficit sensoriali (ipovisione e ipoacusia).



La situazione risulta ulteriormente complicata dal progressivo peggioramento delle capacità attentive con difficoltà a concentrare l'attenzione quando nell'ambiente si sovrappongono in contemporanea più stimoli (visivi, uditivi, tattili, olfattivi,...); tale situazione, frequentemente presente, determina che ciò che resta delle già scarse capacità cognitive del soggetto viene assorbito dalla necessità di interpretare/controllare l'ambiente circostante

In generale i fabbricati dell'ambito analizzato presentano una buona risposta al nuovo quadro esigenziale della pandemia grazie ad una dimensione degli spazi, privati e comuni di gran lunga superiore ai minimi standard previsti dalla normativa.

In particolare si propone di :

- sostituire le docce all'interno dei WC con vasche assistite in modo da non dover più spostare l'ospite fuori della camera per utilizzare il bagno assistito, uno ogni 20 pl come da normativa. Lo stesso, utilizzato da più persone, può diventare fonte di possibile propagazione del virus.
- realizzare locali per l'incontro con i visitatori esterni compatibili con le limitazioni imposte dal covid.
- aumentare il numero di camere singole rispetto alle doppie grazie alla disponibilità degli spazi in gioco rispetto ai limiti di legge
- realizzare un distinto percorso sporco – pulito tramite ascensore dedicato
- realizzare per ogni reparto uno spogliatoi distinto tra operatori sanitari e operatori ordinari
- inserire dei temporizzatori sui rubinetti terminali dei bagni delle camere stanze per l'esecuzione dei flussaggi antilegionella.
- fornire una TV per ogni camera con possibilità di ricezione/trasmissione di videochiamate
- realizzare un sistema di controllo del posto letto della camera con posizionamento di monitor presso il locale personale
- realizzare un impianto di trattamento aria indipendente per ogni reparto distinto per locali privati e comuni degli ospiti e di servizio del personale.

#### 8.4 CONCLUSIONI

Le necessità dell'anziano con più o meno evidenti vincoli di disabilità non può essere generalizzato e considerato identico per tutti, ma deve essere analizzato nella sua singolarità di persona, valutandone le specifiche necessità in funzione della vita vissuta e del quadro clinico presente.

Di fondamentale importanza è quindi il lavoro svolto dagli Operatori Socio Sanitari a contatto con gli ospiti, a cui dovrebbero essere affidate, in seguito ad un incremento di formazione, tutte quelle



mansioni di natura sanitaria, come la somministrazione della terapia e/o il controllo degli indicatori di salute ( pressione sanguigna, misurazione della temperatura corporea, prelievo del sangue ) oggi affidati agli Infermieri Professionali, questo per ridurre il più possibile il numero di persone che interagiscono con l'anziano, e nello stesso tempo perché l'Operatori Socio Sanitario rappresenta la figura professionale, esterna alla famiglia, che meglio conosce l'ospite.

Inoltre sarebbe utile introdurre tra le figure obbligatorie anche la figura professionale dello psicologo, al servizio degli ospiti, dei lavoratori e delle famiglie.

Delineate le esigenze dei vari soggetti che vivono a vario titolo la R.S.A, si è quindi andati, nel proseguo della tesi a rivedere i requisiti strutturali degli ambienti privati e comuni della residenza .

## CAPITOLO IX - PROPOSTE PROGETTUALI DI MIGLIORAMENTO DELLE R.S.A. DEL COTTOLENGO DI TORINO - FRASSATI

La proposta progettuale interessa il fabbricato Frassati attualmente in fase di cantiere.

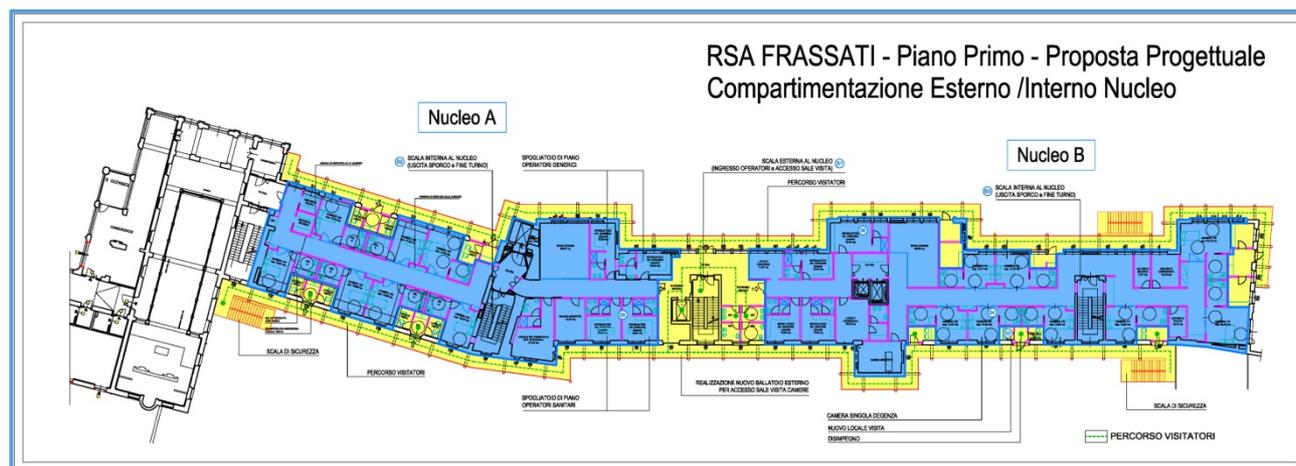
L'analisi funzionale ed esigenziale dell'ambito ha delineato nuove scelte compositive che si orientano verso una riorganizzazione degli ambienti, in particolare quelli di degenza, da rendere più flessibili ed adattabili alle condizioni di isolamento imposti da questo periodo di pandemia ed in generale dalle esigenze socio sanitarie degli anziani ricoverati.

### 9.1 ADEGUAMENTO DEL REPARTO ALLE ESIGENZE DETTATE DALLA PANDEMIA

Ha assunto un'importanza rilevante la scelta di creare nuovi ambienti di socializzazione, svincolati dalla struttura assistenziale, capaci di conservare un rapporto attivo con il mondo esterno pur mantenendo il più totale isolamento e la totale sicurezza dei suoi ospiti.

Attraverso la separazione dei percorsi verticali e orizzontali del personale dai visitatori esterni si è potuto adeguare la vecchia struttura alle nuove esigenze. E' stato quindi realizzato un collegamento tramite scala ed ascensore per dare l'accesso al nucleo agli operatori ed ai visitatori, e attraverso una nuova balconata esterna a ballatoio in metallo si è dato accesso diretto ad uno spazio esclusivo per ogni stanza, senza andare a interagire con l'area interna del reparto.

La balconata si sviluppa lungo tutto il prospetto esterno con collegamento ai locali visita ricavati all'interno, ma separati da una parete vetrata, scorrevole, delle camere.



**PLANIMETRIA PIANO PRIMO - COMPARTIMENTAZIONE ESERNO - INTERNO**

I visitatori accedono a questi locali interni riscaldati e climatizzati, dotati di un'affaccio trasparente apribile sulle stanze degli ospiti, oscurabile dall'interno e munito di un sistema di filodiffusione.

In tal modo si avrà la possibilità di permanere presso l'area senza ostacolare le attività della camera.



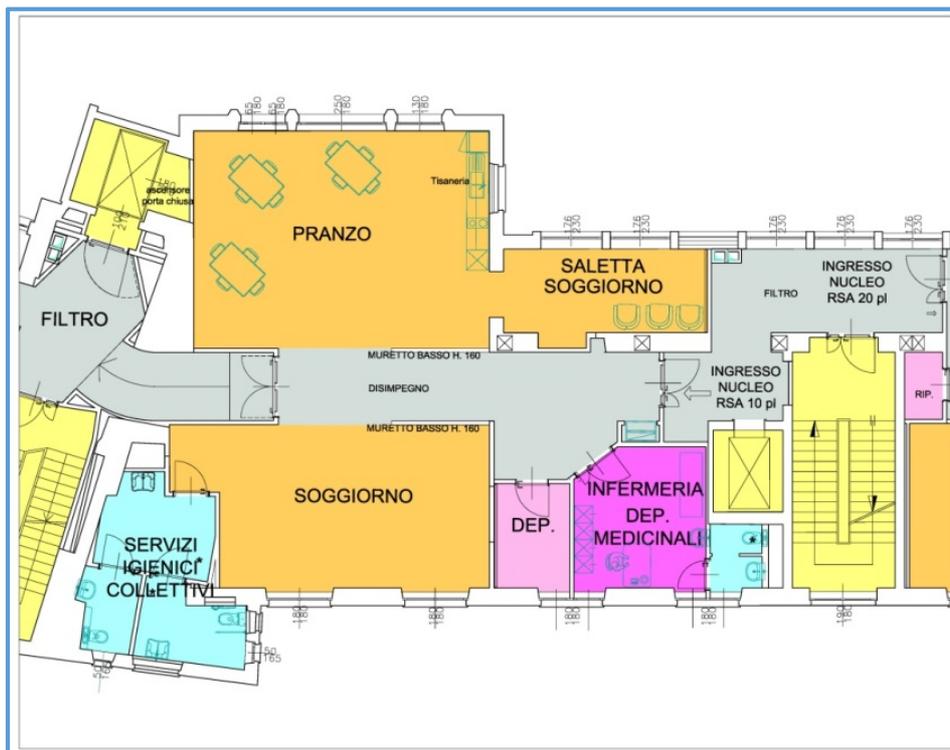
**INGRANDIMENTO SUL MODULO CAMERE/SPAZIO VISITA**

Nell'adeguamento architettonico della manica i locali sono stati ricavati grazie alla condizione di avere delle camere sovradimensionate rispetto agli standard minimi richiesti dal D.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, della Regione Piemonte.

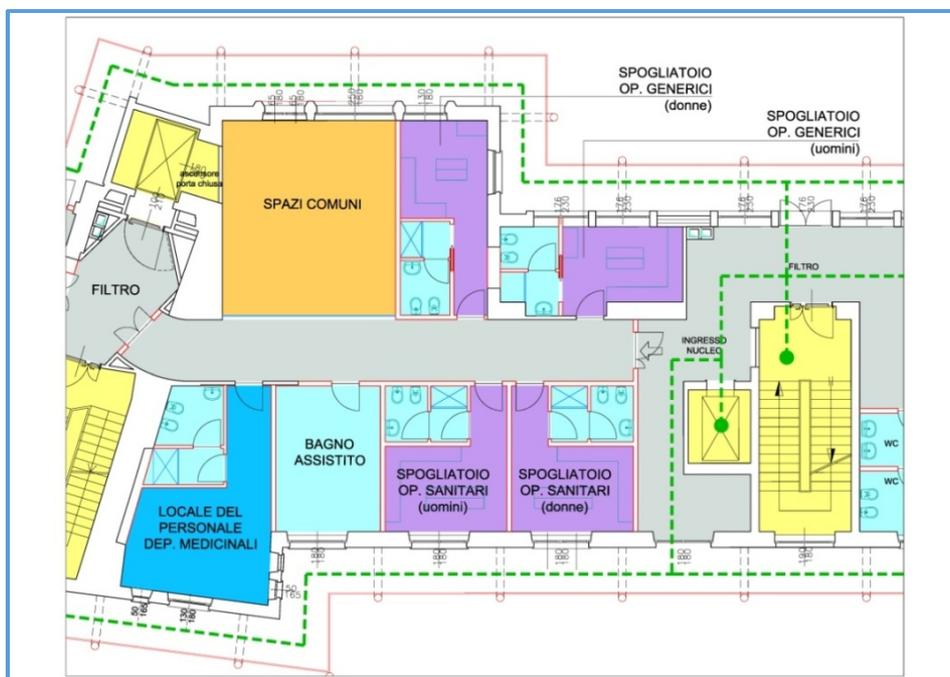
Si è proceduto quindi con il ridisegno totale degli spazi interni alla manica valutando le eccedenze di superficie rispetto agli standard richiesti dalla normativa al fine di realizzare il maggior numero di camere singole possibili. Riducendo inoltre anche le dimensioni preesistenti dei servizi igienici si è potuto ricavare uno spazio visite in modo da dare una risposta al problema dell'isolamento e mantenere i rapporti sociali con l'esterno. Infatti la condizione pandemica attuale ha imposto una rigida separazione interpersonale con conseguente allontanamento dei contatti sociali portando ad una maggior esigenza di camere singole.

Le nuove condizioni hanno anche determinato un differente utilizzo degli spazi comuni che sono stati rilocati in parte nei locali visita che risultano essere degli "spazi comuni privati".

Questa redistribuzione ha permesso l'esecuzione di spogliatoi di reparto suddivisi per personale generico e personale sanitario eliminando così il problema della sovrapposizione dei flussi di lavoro concentrati nell'unico spogliatoio esistente per l'intero fabbricato.



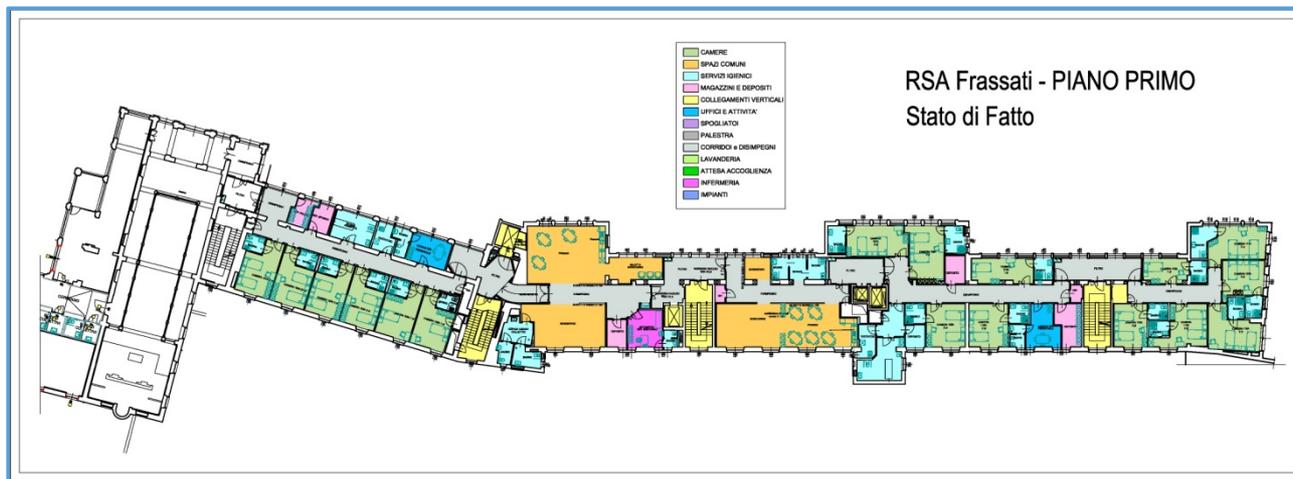
**STATO DI FATTO - AREA SPAZI COMUNI**



**STATO DI PROGETTO - AREA SPAZI COMUNI**

La presenza di spogliatoi differenziati per piano permette agli operatori di accedere direttamente al proprio nucleo e cambiarsi senza interferenze con quelli attivi negli altri nuclei.

Inoltre si è deciso di differenziare i due ascensori interni destinandoli rispettivamente all'ingresso e all'uscita (pulito e sporco) dai reparti.



**STATO DI FATTO**



**STATO DI PROGETTO**

Il raffronto tra la planimetria dello stato di fatto con quello di progetto evidenzia una diversa organizzazione degli spazi con incremento di aree funzionali al servizio della sicurezza dell'ospite e contemporaneamente di una maggiore vivibilità degli stessi.

La ridefinizione delle camere ha comportato una ovvia riduzione del numero di posti letto introducendo però nuovi spazi funzionali obbligatori in questo periodo di pandemia: spogliatoi di piano suddivisi per operatori sanitari ed operatori generici, spazio visite privato accessibile dall'esterno, bagno con all'interno vasca per il servizio assistito dell'igiene personale dell'ospite, con individuazione di percorsi verticali suddivisi per sporco / pulito.

### RSA Frassati - PIANO PRIMO

#### Stato di Fatto

CAMERE		
Nucleo A		
n.	posti letto	SUPERFICIE
101A	2 pl	21,91 mq
102A	2 pl	20,96 mq
103A	2 pl	20,96 mq
104A	2 pl	20,97 mq
105A	1 pl	20,97 mq
106A	1 pl	20,95 mq

CAMERE		
Nucleo B		
n.	posti letto	SUPERFICIE
107A	2 pl	23,06 mq
108A	2 pl	24,86 mq
109A	2 pl	21,19 mq
110A	2 pl	21,38 mq
111A	1 pl	18,91 mq
112A	2 pl	18,16 mq
113A	1 pl	13,91 mq
114A	2 pl	22,34 mq
115A	2 pl	23,24 mq
116A	2 pl	18,58 mq
117A	2 pl	23,77 mq

n. 4 CAMERE SINGOLE  
n. 13 CAMERE DOPPIE

#### Stato di Progetto

CAMERE		
Nucleo A		
n.	posti letto	SUPERFICIE
101	1 pl	15,67 mq
102	1 pl	16,59 mq
103	1 pl	16,59 mq
104	1 pl	15,32 mq
105	1 pl	15,74 mq
106	1 pl	17,08 mq
107	1 pl	17,39 mq

CAMERE		
Nucleo B		
n.	posti letto	SUPERFICIE
108	1 pl	13,37 mq
109	1 pl	13,34 mq
110	1 pl	13,00 mq
111	1 pl	13,32 mq
112	1 pl	13,17 mq
113	1 pl	14,10 mq
114	1 pl	20,43 mq
115	1 pl	22,12 mq

n. 15 CAMERE SINGOLE

**RAFFRONTO POSTI LETTO ANTE E POST INTERVENTO PROGETTUALE**

Il prospetto esterno è stato ingentilito con la presenza significativa di essenze arboree pertinenti ad ogni camera,

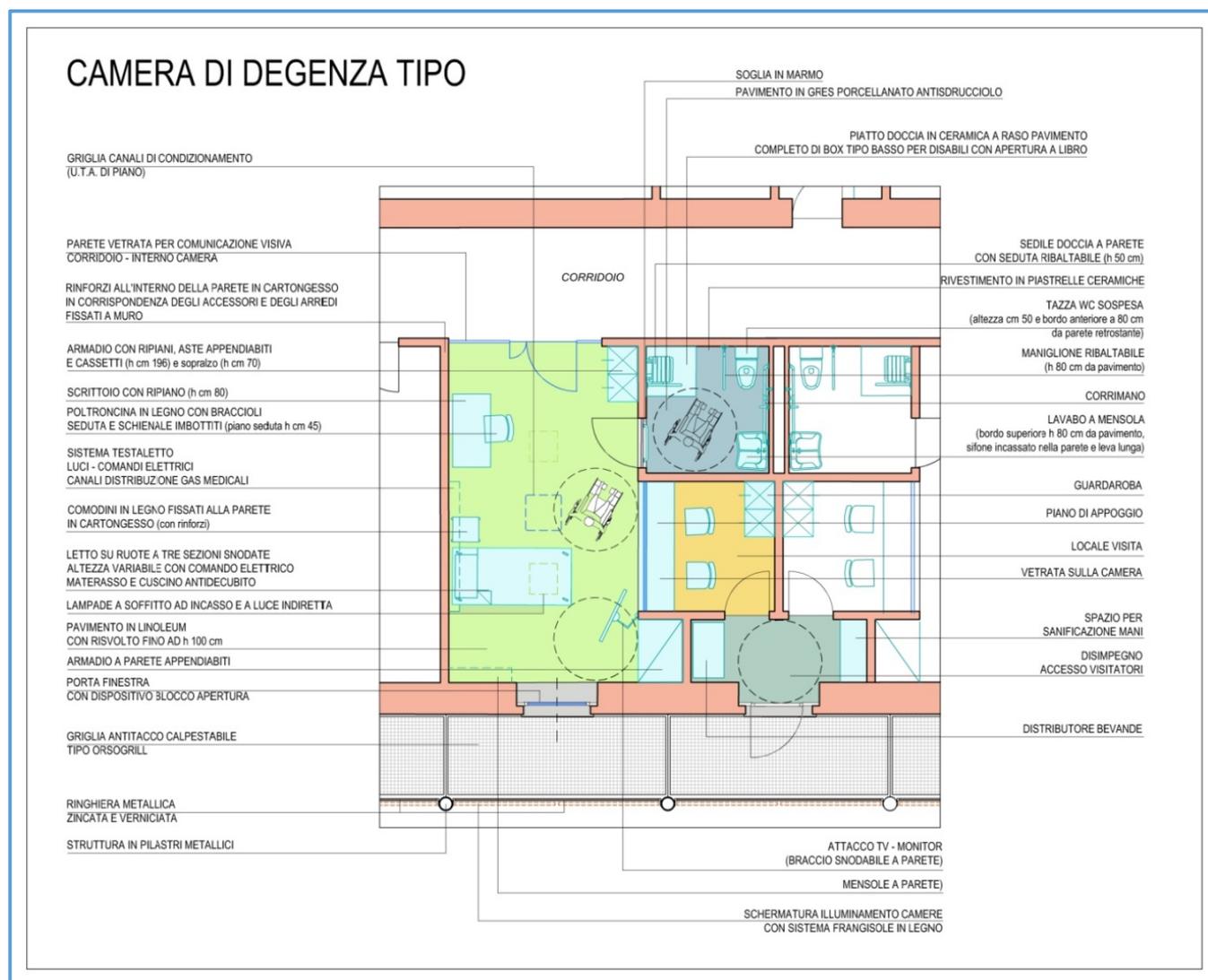


**NUOVO BALLATOIO DI DISTRIBUZIONE DEGLI ACCESSI ESTERNI**

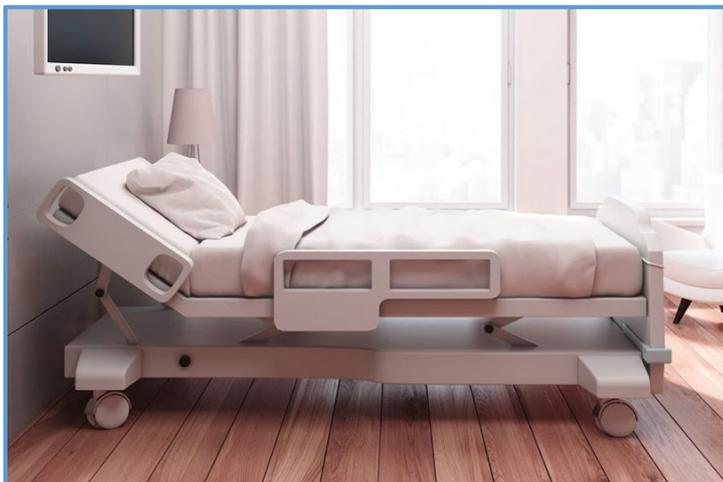
## 9.2 UNA NUOVA CAMERA TIPO PER GLI OSPITI

La camera tipo degli ospiti è stata ridisegnata in alcuni aspetti distributivo-funzionali.

Il posto letto è posizionato in asse visuale con la finestra della sala visita e con la parete vetrata verso il corridoio (oscurabile all'occorrenza dall'interno) rendendo la camera più spaziosa per le attività di assistenza.



La domotica è un elemento essenziale per l'efficientamento funzionale delle camere degli ospiti dove l'implementazione di nuove tecnologie per la videocomunicazione, per il controllo della termoregolazione della camera, degli apparati di illuminazione e schermatura dell'irraggiamento solare, del monitoraggio delle chiamate di emergenza migliorerà la qualità di vita degli ospiti, con contestuale maggior efficienza del servizio assistenziale erogato, in particolare nei periodi di minor presenza di personale (turno notturno).



La postazione letto si avvicina sempre più a quelle presenti in terapia intensiva, associando ai tradizionali sistemi (letto su ruote a tre sezioni snodate, con altezza variabile con comando elettrico, materasso e cuscino antidecubito) nuove tecnologie domotiche che implementano sia l'assistenza medica che quella di controllo da parte degli operatori sanitari.



Un sistema di supervisione centralizzato per nucleo e posizionato nel locale del personale consentirà di gestire svariate funzioni, come la diffusione sonora, la termoregolazione o la videocitofonia.

L'integrazione di nuove tecnologie migliorerà anche la vita quotidiana del degente, spesso sempre più costretto all'allettamento e a trascorrere periodi in isolamento.

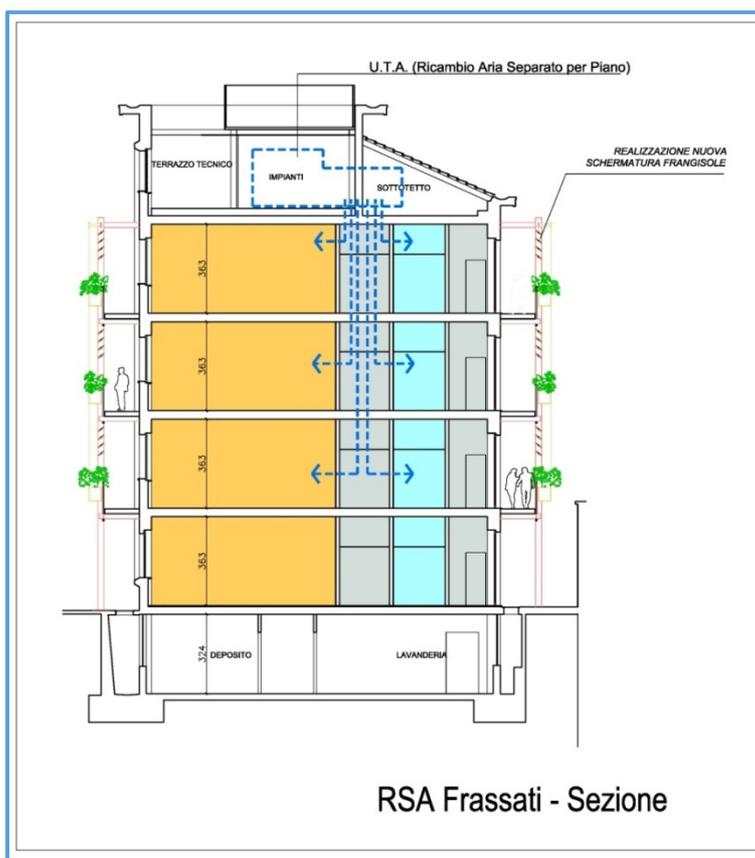
Al tradizionale televisore sarà quindi aggiunta la funzione di monitor interattivo permettendo al paziente di visionare su schermo anche le videocomunicazioni telefoniche con gli esterni (Skype, Whatsapp,...).

In generale i criteri generali di adeguamento della stanza tipo all'ambiente si possono riassumere in

- semplificazione graduata degli spazi e dei relativi arredi in base alle residue capacità cognitive e percettive dell'anziano
- facilitazione funzionale delle attività svolte dal personale operante all'interno della stanza
- mantenere un elevato standard di sicurezza e quindi riduzione/eliminazione dei possibili rischi presenti legati alle caratteristiche materiche degli arredi e degli impianti
- familiarità della stanza che deve il più possibile richiamare luoghi e materiali di una abitazione comune.

### 9.3 UNA NUOVA ORGANIZZAZIONE IMPIANTISTICA

Anche per quanto riguarda gli impianti tecnologici la situazione pandemica ha reso necessarie alcune imprescindibili modifiche e/o integrazioni. L'impianto di condizionamento prevede l'installazione di un sistema di Unità Trattamento Aria (U.T.A.) indipendente per ogni reparto, in grado di differenziare la gestione dell'aria per le camere degli ospiti, per gli spazi comuni, per i locali del personale, favorendo un continuo ricircolo d'aria pulita.



**SEZIONE TIPO CON INDIVIDUAZIONE CANALI U.T.A.**



#### 9.4 CONCLUSIONI

Occorre precisare che il termine ambiente inteso nella sua accezione più ampia di spazio fisico (la casa, gli spazi esterni, gli ambienti di un servizio, le luci i suoni, i colori, ...) e di spazio umano (persone che ruotano attorno al malato, attività e scansione dei tempi della giornata) deve rappresentare uno stimolo sensoriale per l'anziano, capace di migliorarne e svilupparne le personali capacità emozionali residue.

Le modificazioni strutturali non sono sufficienti in assenza di un adeguato investimento anche sulla componente umana dell'ambiente, andando a sviluppare la formazione per gli operatori rendendo sempre più flessibile la risposta del servizio, garantendo un approccio sanitario personalizzato anche attraverso progetti di cura indirizzati a favorire un approccio integrato sociosanitario.

E' utile ricordare che la riduzione degli interventi contenitivi e della sedazione farmacologica costituisce un utile indicatore della qualità dell'ambiente creato.



## CAPITOLO X - NUOVA TIPOLOGIA DI R.S.A. CONSEGUENTE ALLA PANDEMIA DA COVID 19

### 10.1 PERCORSO LOGICO FUNZIONALE NELLO STUDIO DELLA RESIDENZA TIPO

Seppure con modalità e tempistiche differenti, è lecito osservare che negli ultimi decenni la quasi totalità dei paesi industrializzati si è trovata ad affrontare problematiche simili nella gestione dell'offerta sanitari.

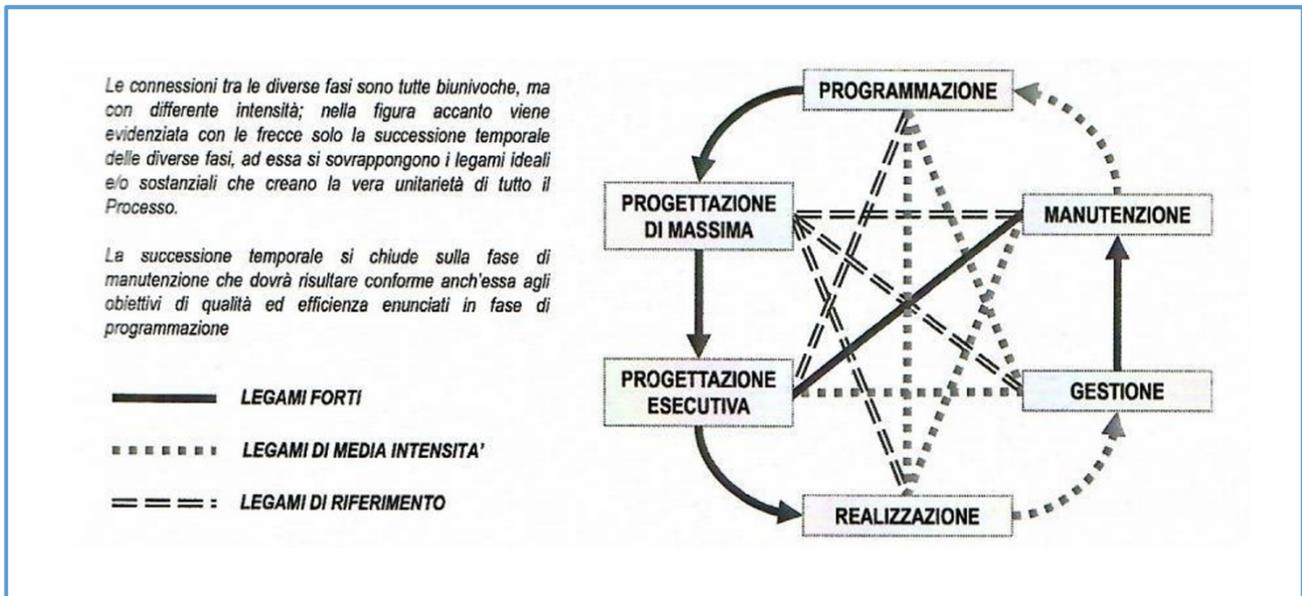
I mutamenti socio culturali hanno avuto quasi ovunque le medesime conseguenze, le differenze emergono in parte nell'impostazione organizzativa ed economica dei sistemi sanitari e in parte nella filosofia sociale dei temi legati all'assistenza.

Di seguito viene schematizzato il quadro dei principali elementi di trasformazione in corso di sviluppo nei contesti sanitari dei Paesi sviluppati ancor di più rilevanti in questo periodo i pandemia che ha evidenziato l'estrema vulnerabilità e fragilità delle RSA a livello mondiale, cambiando in maniera radicalmente il nostro modo di percepire la realtà presente e futura.



**QUADRO ESIGENZIALE**

La complessità progettuale legata alle RSA e NAT è fortemente condizionata dalla complessità delle esigenze dei propri utenti, diversi per sesso, età, patologie sanitarie, mobilità e percezione psichica della realtà con esigenze mutevoli nel tempo e nello spazio, fortemente condizionate dalla pandemia da covid-19.

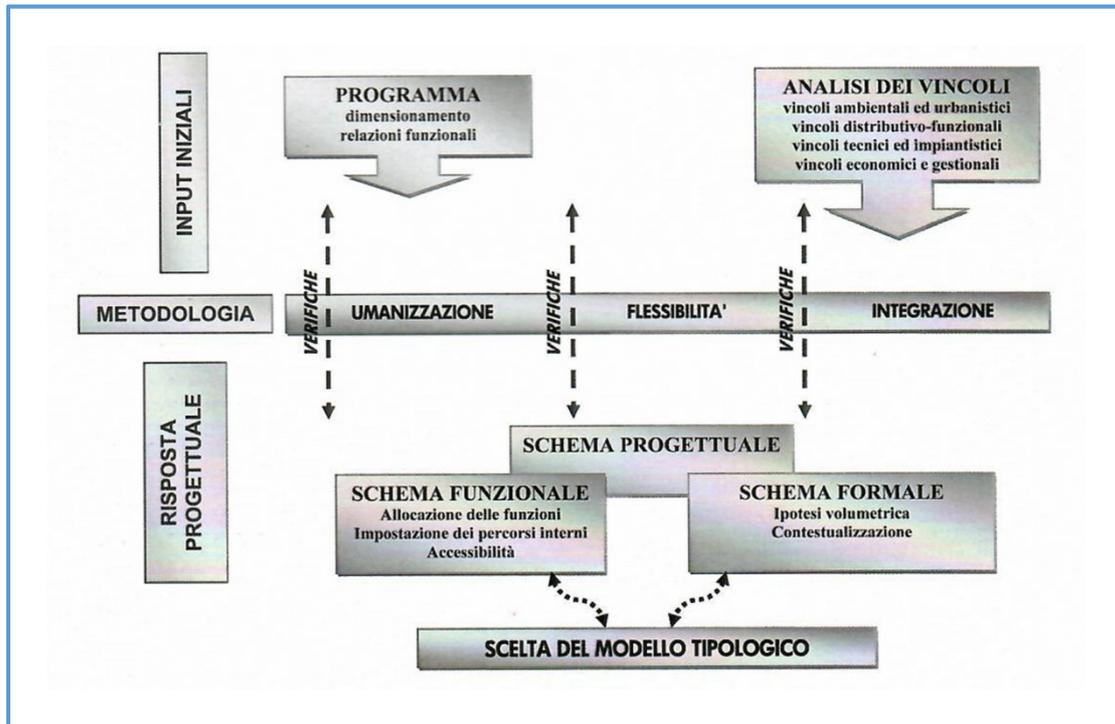


**SISTEMA DELLE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI**

Il percorso logico operativo da seguire per la realizzazione di una nuova RSA si può sintetizzare nelle seguenti fasi:

- Fase della programmazione, con Individuazione delle esigenze e dei mezzi necessari per soddisfarle, in relazione alla realtà in cui si prevede di inserire l'intervento tenendo conto delle del quadro esigenziale sviluppato nei capitoli precedenti
- Fase della progettazione, con la modellazione grafica della soluzione scelta nella maniera più attenta e dettagliata possibile, sapendo che tutto ciò che non viene risolto a livello progettuale rappresenterà un costo elevatissimo da sopportare in fase di cantiere con non sempre certezza nel raggiungimento dell'obiettivo. Lo schema potrà essere perfezionato successivamente in modalità BIM
- Fase della realizzazione, con la scelta della società capace di esprimere al meglio la qualità del progetto, accogliendo tutte quelle proposte di miglioramento che fanno parte del bagaglio esperienziale dell'impresa
- Fase della gestione è il momento in cui il bene passa nelle mani dell'utilizzatore che dovrà garantirne l'efficienza e di funzionamento, raccogliendo e archiviando in maniera efficiente tutta la documentazione tecnica dei materiali degli impianti e delle macchine e attrezzature fisse;

- Fase della manutenzione è il mantenimento nel tempo delle migliori caratteristiche prestazionali della scatola edilizio impiantistica realizzata, affidata ad esperti e competenti professionisti;



**METODOLOGIA DI APPROCCIO PROGETTUALE**

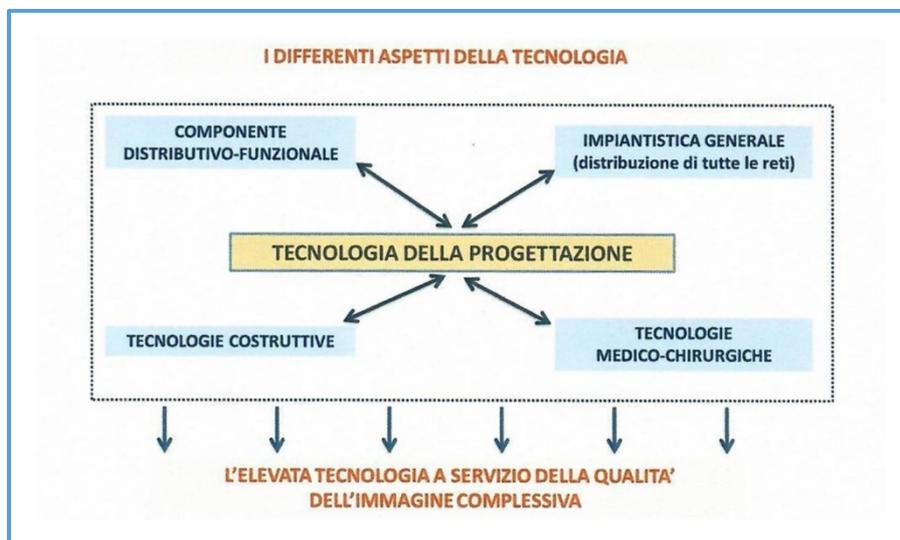
Lo schema progettuale nasce a seguito dell'elaborazione dei dati e dalle informazioni generate nei capitoli precedenti.

attraverso il filtro degli obiettivi strategici (umanizzazione, flessibilità e integrazione funzionale) vengono effettuate le necessarie verifiche per mettere a punto la scelta del modello tipologico nelle sue due componenti (schema funzionale e schema formale) che rappresentano due aspetti essenziali di un'unica scelta progettuale.

L'umanizzazione delle residenze sanitario assistenziali impone una forte attenzione all'utente, differenziata in base alle specifiche esigenze terapeutiche, riabilitative e/o di semplice accoglienza alberghiera.

- Per i pazienti – utenti si dovrà avere cura di rispettarne privacy e riservatezza, garantendo un'elevata ed efficace attività di controllo.

- Per il personale si dovranno soddisfare esigenze legate alla sicurezza e al benessere dell'ambiente di lavoro dal punto di vista dello stress fisico e mentale;



#### **GLI AMBITI DI APPLICAZIONE DELL'INNOVAZIONE TECNOLOGICA**

Il tema dell'innovazione tecnologica investe contemporaneamente processi di progettazione e di costruzione molto diversi tra loro con l'obiettivo generico del raggiungimento del massimo livello di efficienza, attraverso una serie di competenze fortemente integrate in ambito medico-sanitario-assistenziale e tecnologico-impiantistico in ambito architettonico e ingegneristico.

Le RSA dovranno essere ad elevata domotizzazione con interattività semplificata, in modo da migliorare la qualità di vita dei propri utenti.

#### **10.2 NUOVI CRITERI DI QUALITA' PER L'ACCREDITAMENTO DELLE RESIDENZE SANITARIO ASSISTENZIALI POST COVID**

Dal confronto tecnico professionale con gli Uffici Regionali alla Sanità preposti allo studio delle tematiche oggetto di ricerca, tenendo conto degli specifici tavoli tecnici del Ministero della Salute, e sintetizzando gli aspetti conoscitivi dei capitoli precedenti della ricerca, si propongono nuovi criteri di qualità da rispettare al momento della richiesta all'accREDITAMENTO.

##### 1^ criterio – aspetti gestionali

la struttura dovrà garantire una buona qualità della salute dell'ospite, attraverso un'organizzazione sanitaria sempre più specifica per le condizioni di salute dell'anziano, secondo un'ottica di



miglioramento continuo del servizio offerto, adeguato al progresso tecnico scientifico della cura.

Per raggiungere il risultato atteso sarà necessario attivare le seguenti azioni:

- attivare delle residenze fortemente specializzate nelle varie forme di assistenza sanitaria
- organizzare una ripartizione delle responsabilità senza sovrapposizioni di competenze;
- sviluppare programmi per la gestione, la comunicazione, la messa in rete in campo pubblico e privato delle specifiche informazioni sul servizio erogato;
- dare evidenza delle azioni di prevenzione e protezione attuate per assicurare un buon livello di sicurezza e benessere dell'anziano;

### 2^ criterio - aspetti prestazionali

la struttura dovrà descrivere la tipologia e le caratteristiche delle prestazioni e dei servizi erogati, individuando i metodi di lavoro da adottare, l'analisi clinica dei servizi sanitari erogati e le proposte di miglioramento conseguenti, con comunicazione periodica pubblica e privata.

Per raggiungere il risultato atteso sarà necessario attivare le seguenti azioni:

- evidenziare la tipologia di prestazioni di servizio erogati dalla struttura
- prendere in carico l'intero percorso sanitario burocratico amministrativo dell'anziano
- fornire continuità assistenziale all'anziano in funzione della suo avanzamento geriatrico;
- sviluppare un sistema di monitoraggio e di valutazione della qualità dei servizi offerti

### 3^ criterio - aspetti strutturali

la struttura dovrà assicurare l'idoneità all'uso degli ambienti, delle macchine e delle attrezzature di servizio nei termini previsti dalle specifiche norme di settore e dai libretto d'uso e manutenzione allegati, responsabilizzando il personale autorizzato all'impiego, individuando un responsabile della manutenzione, idoneamente titolato e formato.

In particolare si dovrà procedere:

- evidenziando l'idoneità all'uso delle strutture attraverso una corretta pianificazione degli investimenti con inserimento a bilancio delle risorse finanziarie necessarie per potenziare e/o sostituire gli impianti e/o alcune componenti edilizie necessarie per garantire l'idoneità funzionale degli stessi e mantenere elevato il livello di sicurezza e confort rispetto alle Leggi e regolamenti vigenti;
- realizzando una corretta programmazione di monitoraggio dell'idoneità della struttura, capace di fornire i dati relativi agli incidenti, agli infortuni e a qualsiasi altro evento a supporto della pianificazione per la risoluzione delle criticità individuate;
- programmando un periodico programma di informazione e formazione del personale sugli specifici aspetti legati alla sicurezza e alla qualità degli ambienti di lavoro



- definendo un inventario di tutte le macchine e attrezzature utilizzate con sviluppo di una procedura per l'individuazione tempestiva delle stesse
- impostando un regolamento a garanzia della presenza della documentazione tecnica delle singole attrezzature al momento dell'acquisto;
- programmando un piano per le ispezioni, i collaudi e le manutenzioni, straordinarie e preventive delle macchine e attrezzature
- organizzando programmi di informazione e formazione sull'uso delle macchine e attrezzature con verifica finale del livello di apprendimento;

#### 4^ criterio - aspetti formativi

la struttura dovrà assicurarsi che il personale possieda/acquisisca e mantenga le conoscenze e le abilità necessarie alla somministrazione dello specifico servizio

In particolare si dovrà procedere:

- individuando un responsabile della formazione per tutti gli ambiti di competenza
- organizzando un piano di formazione capace di definire i fabbisogni e le priorità specifiche con monitoraggio continuo delle competenze acquisite.
- valutando l'efficacia dei programmi di formazione continua, coinvolgendo gli operatori nella programmazione delle attività di formazione, aggiornamento e addestramento
- condividendo e mettendo a disposizione le conoscenze acquisite all'esterno della struttura
- verificando il possesso dei requisiti previsti per l'accreditamento alla funzione di provider
- predisponendo un piano di accoglienza e affiancamento/addestramento per il nuovo personale – neo assunto/trasferito – volontario, con valutazione dell'idoneità al ruolo

#### 5^ criterio - aspetti comunicativi

la struttura dovrà assicurare una buona comunicazione e relazione fra professionisti e anziani aumentando il livello di sicurezza nella erogazione delle cure con partecipazione dell'anziano e/o di un suo familiare nelle scelte di trattamento”

In particolare si dovrà procedere:

- adottando adeguati metodi di comunicazione per facilitare la partecipazione di tutti gli utenti ponendo particolare attenzione all'ascolto degli anziani
- valutando il livello di soddisfazione degli utenti, sull'organizzazione del servizio
- definendo le modalità ed i contenuti delle informazioni sulle scelte sanitarie ed assistenziali fornite ai pazienti e ai caregiver

#### 6^ criterio - aspetti di sicurezza

La struttura dovrà garantire l'efficacia, l'appropriatezza e la sicurezza dei servizi offerti con



relativo monitoraggio continuo.

In particolare si dovrà procedere:

- adottando una pratica clinica con modalità di gestione degli eventi avversi adeguata all'evoluzione scientifica;
- promuovendo una valutazione del rischio di infortunio e/o malattie professionali, con modalità di gestione degli eventi avversi, adeguata all'evoluzione della tecnica;
- attuando un piano aziendale per la gestione del rischio, orientato alla sicurezza degli operatori, e degli anziani, ponendo particolare attenzione a tutte quelle possibili forme di contagio correlate all'assistenza;

#### 7^ criterio - aspetti di innovazione

La struttura dovrà adottare quelle innovazioni tecnologiche necessarie per migliorare la qualità di vita e di lavoro degli anziani e dei lavoratori.

In particolare si dovrà procedere:

- valutando le tecnologie in uso e da acquisire;
- Adottando programmi di informazione, formazione e organizzazione tecnologica;

#### 8^ criterio - aspetti di umanizzazione

la struttura dovrà impegnarsi per rendere le residenze sanitario assistenziali al servizio della persona, considerata nella sua interezza fisica, sociale e psicologica.

In particolare si dovrà procedere:

- adottando programmi specifici per l'accoglienza degli ospiti , considerando le diverse esigenze relative all'età, al genere e alle particolari condizioni di salute e di fragilità fisica e psicologica;
- adeguando gli orari dell'organizzazione sanitaria ai ritmi fisiologici della persona

### 10.3 PROPOSTA TIPOLOGICA TIPO

La persona anziana con il passare degli anni tende a perdere la dimensione temporale dell'esistenza, e ricerca sempre di più la calma e la serenità degli spazi in cui ha passato la propria vita. Con il tempo l'ambiente può compensare o al contrario accentuare i suoi deficit cognitivi, condizionandone in maniera significativa la qualità di vita ed i comportamenti. Le R.S.A. devono riuscire e trasmettere all'utente, l'idea di casa, dove si possa stare tranquilli e in serenità con se stessi e con gli altri. Lo spazio e l'ambiente possono rappresentare una risorsa terapeutica, energeticamente rigenerante, come un sistema integrato fatto di elementi materiali e immateriali.

Lo sforzo dedicato al miglioramento della casa della persona anziana sebbene non incida probabilmente sulla sua durata biologica, certamente ne migliora la qualità della vita.

In questo ultimo capitolo si è cercato di dare una risposta ad una serie di problemi evidenziati nelle parti precedenti del lavoro. In particolare abbiamo dovuto adeguare l'attuale impostazione progettuale ante covid, svolta nei termini definiti dalla normativa vigente, alle necessità di isolamento degli ospiti evitando quanto più possibile sovrapposizioni spazio funzionali di mansioni differenti.

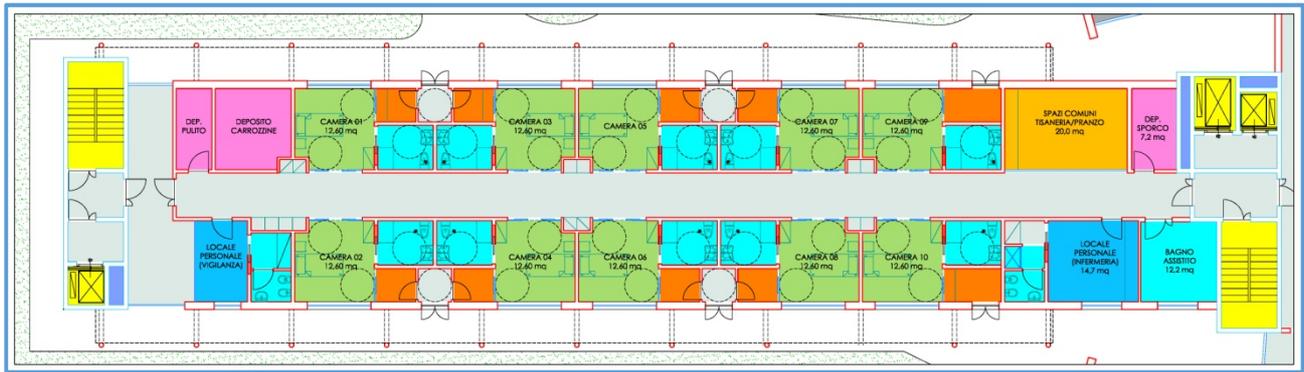
Il nuovo studio progettuale ha permesso di individuare in relazione alle nuove condizioni sanitarie dettate anche dalla pandemia, nuovi spazi funzionali ridistribuendo in maniera più flessibile quelli previsti dalla normativa vigente ed integrandoli con nuovi spazi rivolti al miglioramento del confort ambientale degli utenti e degli operatori.



***IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - PIANO TERRA - NAT***

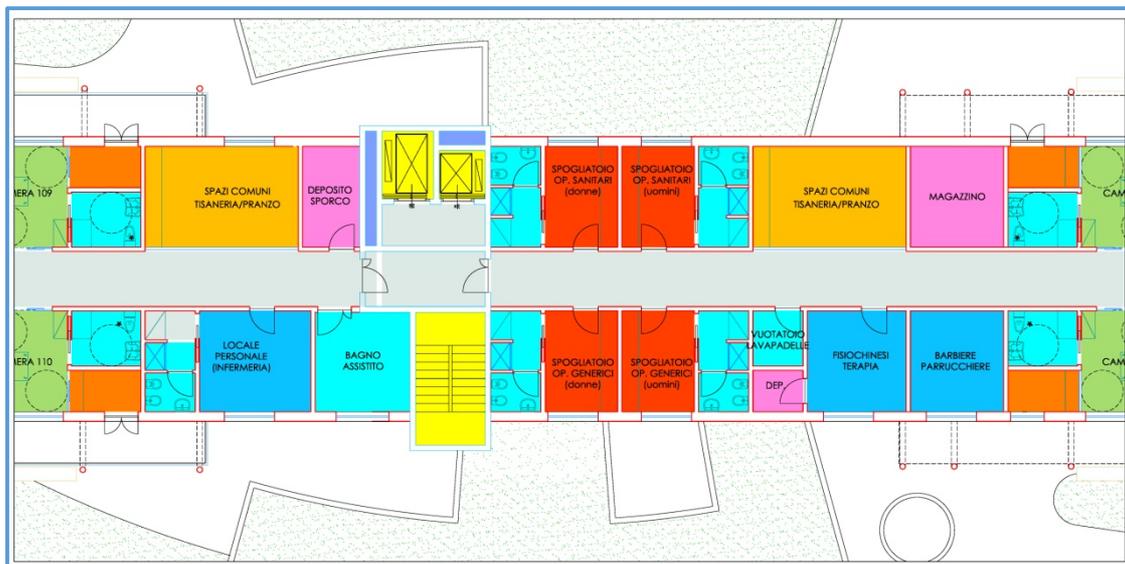


***IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - PIANO TIPO - RSA***



***IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - INGRANDIMENTO SU NUCLEO NAT AL PIANO TERRA***

In particolare si è andati nella direzione di avere esclusivamente camere singole, di avere un'area interna/esterna di totale pertinenza della camera dell'ospite che permetta di rispettare i requisiti di isolamento, avere uno spogliatoio di piano organizzato per funzioni sanitarie e non sanitarie, munire ogni camera di vasca idonea a svolgere tutte le operazioni di igienizzazione dell'ospite.



***IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - INGRANDIMENTO CON INDIVIDUAZIONE AREA SPOGLIATOI PIANO TIPO***

Questa nuovo approccio progettuale, antitetico al principio di incentivazione della socializzazione e della condivisione degli spazi comuni, tipica degli anni '90 e 2000 , dovrà indurci per il futuro ad elaborare nuovi modelli di vita che non siano un semplice isolamento delle persone ma che invece vada nella direzione di individuare nuovi stili di socializzazione sempre basati sui rapporti umani.

Le attività sociali (palestra e locale per il culto religioso) sono concentrate al piano terra in modo da evitare sovrapposizioni spazio-funzionali con le attività socio-assistenziali della persona.

In prossimità del locale culto in posizione riservata, facilmente accessibile dall'esterno è collocata la camera mortuaria.



**IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA)  
INGRANDIMENTO AREA SOCIO-AMMINISTRATIVA**

Sempre al piano terra si collocano gli spazi amministrativi e l'ambulatorio facilmente accessibile anche da utenti esterni e svincolati dai percorsi ordinari di nucleo.



**IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - PROSPETTO PRINCIPALE**

Particolare cura è stata rivolta all'inserimento di essenze arboree e vegetali di uso esclusivo dei degenti con possibilità di coinvolgimento degli stessi per eventuali attività di botanica.



***IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - SIMULAZIONI GRAFICHE MANICA EST***



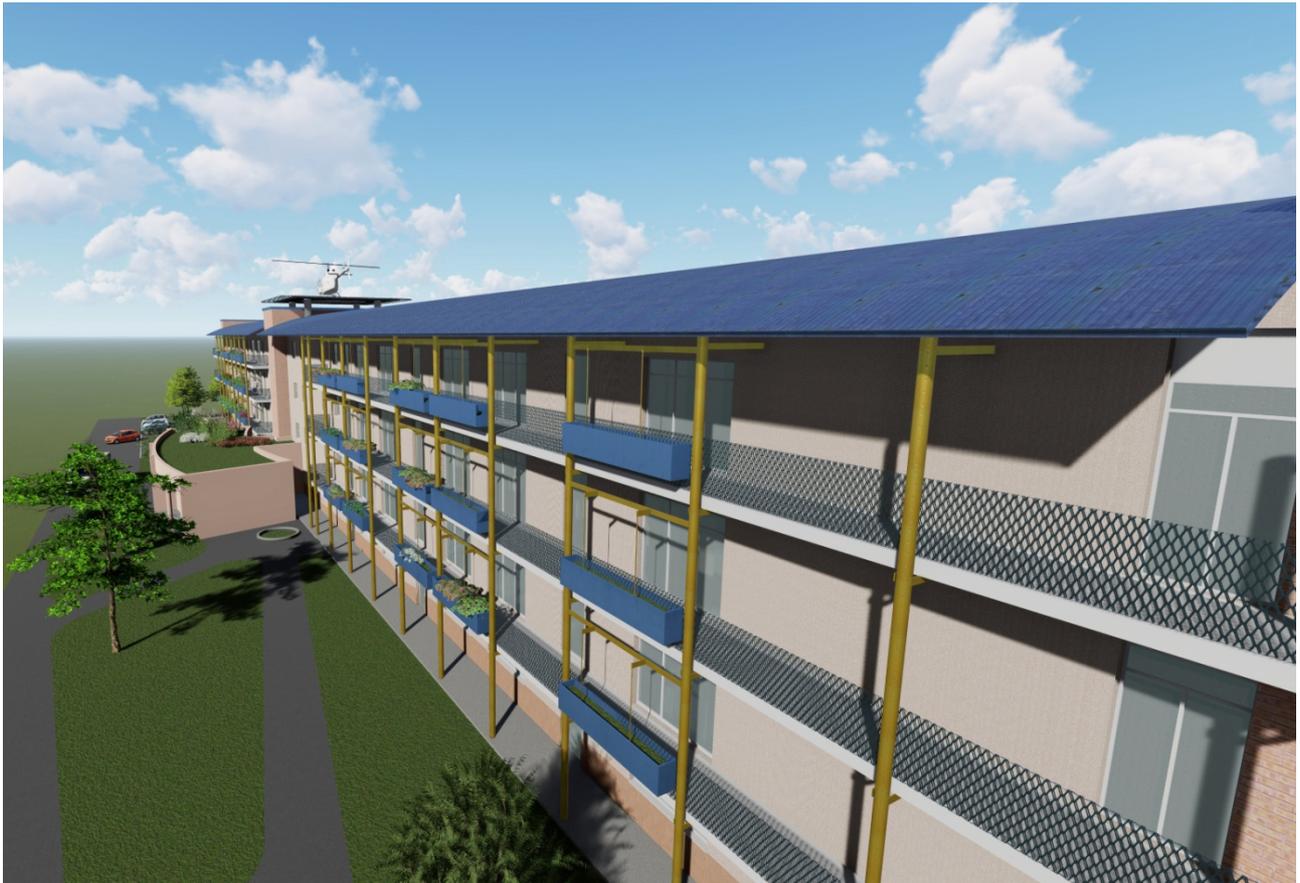
***IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - SIMULAZIONI GRAFICHE VISTE SU MANICA EST***



***IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - SIMULAZIONE GRAFICA VISTA DALL'ALTO***



***IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - SIMULAZIONE GRAFICA MANICA OVEST***



***IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - SIMULAZIONE GRAFICA PARTICOLARE MANICA OVEST***



***IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - SIMULAZIONE GRAFICA PARTICOLARE SU VERDE DI CAMERA***



***IPOTESI PROGETTUALE (LINEE GUIDA) - SIMULAZIONE GRAFICA PARTICOLARE PORTICO PIANO TERRA***

#### 10.4 CONCLUSIONI

L'analisi delle criticità strutturali dei luoghi privati, comuni e di servizio, e le esigenze naturali di vita e lavoro, dei suoi occupanti, rispetto agli odierni, vincoli di isolamento, ha permesso di tracciare un quadro sulle nuove esigenze degli ultra sessantacinquenni, che nel 2050 rappresenteranno il 34,6% del popolazione totale nazionale.

Il confronto sul tema dell'assistenza sanitario assistenziale con le professionalità del Cottolengo e con l'Ente Istituzionale Regionale preposto allo studio e sviluppo delle Norme di settore ha permesso di raffigurare una nuova idea di fabbricato orientata sempre più ad una gestione altamente professionale in tutti i suoi ambiti gestionali.

Le proposte progettuali di miglioramento dell'edificio Frassati, attualmente cantiere e da ultimo lo sviluppo della proposta progettuale tipo, funzionale alle nuove esigenze di sicurezza dettate dalla pandemia da covid 19 potranno proseguire attraverso una maggior definizione degli aspetti compositivo progettuali con l'impiego della realtà virtuale in metodologia BIM, permettendo così al Cottolengo di ottimizzare e sviluppare al meglio il proprio patrimonio immobiliare.

"Quando si pensa a casa non si pensa solo ad un edificio, si pensa ad un contesto vivente a cui sentiamo di appartenere, un porto a cui siamo ancorati da una questione identitaria"

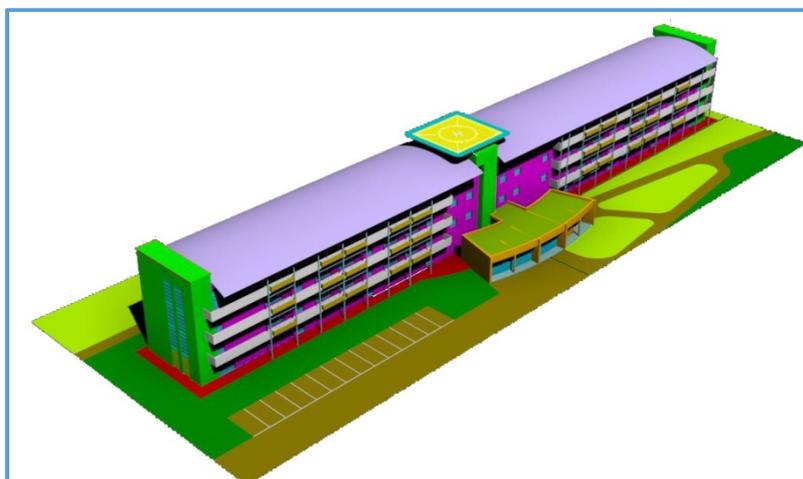
## XI - CONCLUSIONI DELLA TESI

La tesi analizza un tema molto delicato come quello delle residenze socio assistenziali nel periodo della pandemia. L'argomento è stato affrontato con molta attenzione e sensibilità, visto, purtroppo l'elevato numero di decessi di anziani ricoverati presso le strutture.

Il confronto diretto con pazienti e operatori che vivono quotidianamente questo terribile momento, ha permesso di studiarne da vicino le esigenze, consentendo così di elaborare una nuova ipotesi distributiva interna con relativi principi di qualità, da recepire in una sorta di futura linea guida capace di raccogliere le vulnerabilità ed i punti di forza delle residenze del Cottolengo di Torino.

Questa raccolta di informazioni per il suo carattere generale potrà essere implementata tramite studi più specifici e approfonditi, estendendo il campo ad altri casi studio e raccogliendo più testimonianze.

Aver avuto la possibilità di approcciarsi ad un caso studio reale ha consentito di analizzare al meglio la situazione presente che, in futuro, grazie alla metodologia BIM potrà approfondire tutti gli aspetti del contesto abitativo, nei suoi ambiti compositivo gestionali e manutentivi. I vari punti critici saranno resi più leggibili e comprensibili tramite l'utilizzo della realtà virtuale.



Uno sviluppo futuro della tesi potrà orientarsi nella traduzione degli aspetti generali della ricerca in script da lanciare nei modelli BIM, al fine di verificare se i requisiti di base, minimamente accettabili dalla normativa post covid, siano soddisfatti. Inoltre, l'inserimento nel futuro modello BIM, della cittadella del Cottolengo, in ambiente GIS, potrebbe permetterne l'analisi a scala territoriale, pianificando mirate strategie di intervento e sviluppo, per un ambito di oltre 100.000 mq sito nel cuore di Torino ed apportare così benefici all'intero contesto urbano della città.



## **RINGRAZIAMENTI**

Si ringraziano tutte le persone che hanno collaborato a vario titolo e ruolo allo sviluppo di questo lavoro di ricerca; le mie relatrici di ateneo, prof.ssa Anna Osello e ing. Francesca Ugliotti per l'assistenza fondamentale nella impostazione dell'intero lavoro, i correlatori don Eugenio ing. Cavallo della Piccola Casa della Divina Provvidenza e l'Arch. Cortese Cristina della Regione Piemonte Assessorato alla Sanità, per il materiale fornito e per avermi aiutato ad approfondire gli aspetti più importanti e significativi della tesi e da ultimo, anche se è stato il primo, il prof. Sebastiano Teresio Sordo per avermi spinto ad intraprendere questo affascinante percorso di studi. In particolare vorrei dedicare questa tesi ai nostri anziani patrimonio insostituibile della società ...



## **Bibliografia**

Capolongo S. *Architecture for flexibility in Healthvare*, Franco Angeli Editore, 2019

Catteno C. *La riorganizzazione dei sistemi sanitari in Europa: finanza, marketing e produzione in Sanità*, Giuffrè Editore, 2019

Jenckes C. Heatcote E. *L'architettura della speranza*, Frances Lincoln Editori, 2018

Ricci L. *Sistemi di domotica applicata per una casa intelligente*, Dario Flaccovio Editore, 2015

Mori F. Valla P. *Il giardino Alzheimer. Manuale tecnico pratico per la progettazione e la realizzazione di spazi verdi per anziani affetti da demenza*, Provincia di Milano 2015

Neufert E. *Enciclopedia pratica per progettare e costruire*, Hoepli, 2013

Palumbo R. *Metaprogettazione per l'edilizia ospedaliera*, CNR, 2013

Valla P. *Alzheimer Architetture e giardini come strumento terapeutico*, Guerini e Associati, 2012

Casiddu N. *Anziani a casa propria. Linee guida per adeguare spazi ed oggetti*, Franco Angeli, 2009

Buzzelli G. E. *Progettazione senza barriere. Oltre i confini della disabilità*, Esselibri Simone, 2007

## **Sitografia**

[ltccovid.org](http://ltccovid.org)

[analysis.covid19healthsystem.org](http://analysis.covid19healthsystem.org)

[www.euro.who.int](http://www.euro.who.int)

[www.fondazionepromozionesociale.it](http://www.fondazionepromozionesociale.it)

[www.regione.piemonte.it](http://www.regione.piemonte.it)

[www.nurse24.it](http://www.nurse24.it)

[www.bosettiegatti.eu](http://www.bosettiegatti.eu)