



Istituto Superiore di Sanità

Rapporto ISS COVID-19 • n. 30/2020

Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19

Versione del 24 maggio 2020

Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19

Versione del 24 maggio 2020

Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19

(in ordine alfabetico)

Francesca Cirulli

Centro di Riferimento per le Scienze comportamentali e la Salute mentale, ISS

Barbara De Mei

Centro Nazionale per la Prevenzione delle Malattie e la Promozione della Salute, ISS

Anna Maria Luzi

Dipartimento Malattie Infettive, ISS

Istituto Superiore di Sanità

Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 24 maggio 2020.

Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19
2020, 14 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020

Nella pandemia da COVID-19 i professionisti sociosanitari del territorio stanno utilizzando il telefono con diverse finalità: fornire informazioni; garantire assistenza sanitaria a distanza; condurre indagini epidemiologiche e offrire sostegno psicologico per la popolazione generale e per le persone con disabilità e disturbi psichiatrici. Il presente rapporto intende evidenziare l'importanza della Rete territoriale e del coordinamento tra Servizi e professionisti coinvolti nelle iniziative di comunicazione condotte attraverso telefoni dedicati, al fine di collocarle nella cornice di un piano di comunicazione e azione integrato. In particolare vengono fornite indicazioni sulla conduzione di un intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e per l'attivazione dell'empowerment della popolazione generale, basato su una prestazione professionale che integri competenze tecnico-scientifiche e competenze di base del counselling.

Istituto Superiore di Sanità

Guidance for the first level telephone intervention aimed at personalized information and empowerment of the general population within the COVID-19 emergency. Version of May 24, 2020.

Working group on Mental Health and COVID-19 emergency
2020, 14 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020 (in Italian)

In the COVID-19 pandemic, regional and local social and health operators are exploiting the telephone for various purposes, such as providing information, remote health care assistance, as well as conducting epidemiological investigations and supplying psychological support for the general population and for people with disabilities and psychiatric disorders. This report underlines the importance of engaging and coordinating the local network of Services and professionals in the communication initiatives conducted through dedicated telephones, in order to place them in an integrated communication and action plan. This work refers in particular to the management of the first level telephone service aimed at the delivery of personalized information and empowerment of the general population, based on the integration of technical-scientific and basic counselling skills.

Per informazioni su questo documento scrivere a: gemma.calamandrei@iss.it

Si ringraziano i colleghi dell'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione del Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità per aver contribuito con la loro attività quotidiana svolta al Telefono Verde AIDS e IST all'implementazione di quanto proposto nel presente rapporto.

Citare questo documento come segue:

Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 24 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020)

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

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica (Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità 2020
viale Regina Elena, 299 - 00161 Roma



Indice

Introduzione	1
Uso del telefono nel piano di comunicazione durante la pandemia da COVID-19.....	3
Pianificazione della comunicazione	3
Comunicazione telefonica nell'attuale emergenza da COVID 19	3
Intervento telefonico di primo livello nell'emergenza da COVID-19	5
RIQUADRO • Abilità relazionali	8
RIQUADRO • Tecniche del rispecchiamento empatico	9
Conclusioni	10
Risorse	12
Bibliografia	13

Introduzione

Il XX secolo ha visto nei Paesi ad economia avanzata una drastica riduzione delle malattie infettive, al contempo nuove emergenze hanno enfatizzato in maniera eclatante la continua suscettibilità della popolazione mondiale alle infezioni e indicato la necessità di rispondere con misure e interventi in grado di garantire la salute dei singoli e della collettività.

Il susseguirsi di epidemie e pandemie nel corso del XXI secolo ha ulteriormente evidenziato che la risposta alle emergenze sanitarie globali può avere successo solo se è basata su una attenta pianificazione degli interventi (*preparedness*) e su un'efficace comunicazione del rischio, che preveda il coinvolgimento e la partecipazione della comunità (*Risk Communication and Community Engagement*, RCCE) (1).

Nella pandemia da COVID-19, la Commissione congiunta di esperti di WHO (World Health Organization) e ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control), intervenuta per supportare il Governo italiano nella prevenzione, nel controllo e nella gestione dell'infezione, ha esplicitamente confermato la necessità di elaborare strategie di risposta concordate tra istituzioni internazionali, nazionali e locali, basate su un network di competenze, organizzate a livello territoriale, caratterizzate da un approccio multisettoriale, con un chiaro riconoscimento del ruolo fondamentale della comunicazione del rischio (2).

Quindi nell'attuale emergenza, caratterizzata dalla necessità del distanziamento fisico e sociale, da significative implicazioni per l'individuo e per l'intera comunità, dall'esposizione a molteplici fonti informative (infodemia), molto spesso causa di allarme psicologico, viene rafforzato il principio che la comunicazione è parte integrante della gestione dell'emergenza e va condotta dalle Istituzioni e da tutte le figure coinvolte nella Rete dei Servizi sanitari e sociosanitari in modo pianificato e coordinato, con un forte coinvolgimento della comunità, al fine di costruire credibilità e fiducia (3, 4). Ciò anche in considerazione del fatto che i problemi che la pandemia pone hanno a che fare con la salute della comunità e non solo con il disagio dei singoli individui e richiedono continuità e multidimensionalità degli interventi.

La pianificazione della comunicazione necessita di una *governance*: la condivisione di una strategia, il coinvolgimento degli stakeholder, il coordinamento delle iniziative e la scelta ragionata di mezzi di comunicazione adeguati al target di riferimento, agli obiettivi comunicativi e, in questa particolare situazione di emergenza, alle attuali esigenze di distanziamento.

Il telefono, in linea con modelli che prevedono soluzioni in telemedicina per offrire servizi sanitari e supporto psicologico alle persone a domicilio (*vedi* Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020 "Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19"), rappresenta un mezzo di comunicazione pratico, abitualmente utilizzato dalle persone, che i Servizi e gli operatori sociosanitari del territorio stanno utilizzando con diverse finalità: per fornire informazioni su aspetti preventivi, modalità di trasmissione e sintomi, misure per il contenimento e la gestione del contagio, come nel caso di telefoni attivati dalle Regioni e dalle ASL (Aziende Sanitarie Locali); per garantire assistenza sanitaria a distanza, come nel caso dei Medici di Medicina Generale (MMG); per rendere disponibile un intervento di sostegno psicologico sia per la popolazione generale, sia per gruppi specifici con particolari esigenze di salute mentale, come nel caso dei telefoni attivati presso i Dipartimenti di Salute Mentale; per la conduzione di indagini epidemiologiche (*contact tracing*) nell'attuale fase 2 dell'emergenza pandemica, anche se in questo caso non sono i cittadini a contattare i Servizi, ma sono i Servizi del territorio che utilizzano il telefono per raggiungere i cittadini.

Alla luce di quanto sopra esposto, il presente rapporto intende evidenziare l'importanza della Rete e la necessità di un coordinamento tra Servizi territoriali, associazioni di volontariato e professionisti coinvolti nelle iniziative di comunicazione condotte attraverso telefoni dedicati, al fine di collocarle nella cornice

generale di un piano di comunicazione, di definirne in modo esplicito gli obiettivi e le competenze richieste, nonché far conoscere alle persone in modo chiaro e trasparente le possibili tipologie dell'intervento offerto per promuovere e tutelare la loro salute fisica e mentale.

In particolare vengono fornite indicazioni su come organizzare e condurre un intervento telefonico di primo livello per garantire accoglienza, ascolto, informazioni aggiornate, chiare e personalizzate, attivare l'empowerment e, se necessario, indirizzare la persona ad altri riferimenti telefonici di secondo livello per un supporto psicologico, che a loro volta potrebbero intercettare situazioni che necessitino di altri servizi sociosanitari territoriali specialistici. Tali indicazioni, basate sul presupposto che ogni professionista impegnato in una comunicazione telefonica possa disporre di un bagaglio conoscitivo tecnico-scientifico e di competenze di base del *counselling*, sono elaborate secondo i principi e le raccomandazioni proposte dalla WHO (5) e dalla British Association for Counselling (BAC) (6), che rappresentano un riferimento metodologico anche per il Telefono Verde AIDS, successivamente denominato Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST), istituito presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) nel 1987 dalla Commissione Nazionale per la Lotta contro l'AIDS del Ministero della Salute. Infine le indicazioni fornite possono essere trasversalmente utili per tutti gli operatori sociosanitari che in questa situazione di emergenza utilizzano il telefono quale principale strumento di comunicazione con i cittadini anche se con finalità diverse: per l'assistenza sanitaria a distanza come per gli MMG o per la conduzione di indagini epidemiologiche.

Uso del telefono nel piano di comunicazione durante la pandemia da COVID-19

Pianificazione della comunicazione

Pianificare la strategia comunicativa nell'attuale situazione significa attivare molteplici canali che possano facilitare la partecipazione e i processi di scambio tra i soggetti coinvolti nella gestione dell'emergenza pandemica, al fine di costruire fiducia e credibilità (7). Una tra le modalità più efficaci per favorire la partecipazione è garantire la costante circolazione di informazioni aggiornate per rafforzare il bagaglio conoscitivo dei professionisti sociosanitari, facilitare la condivisione e aumentare la possibilità di fornire all'esterno informazioni omogenee. Tale condizione permette di rispondere in modo più efficace ai bisogni informativi e alle preoccupazioni delle persone, con la finalità non solo di migliorare le conoscenze, ma anche di attivare la consapevolezza dei singoli e il coinvolgimento della comunità (8).

Pianificare il processo comunicativo significa quindi utilizzare la comunicazione in modo competente e finalizzato come strumento di lavoro e risorsa in grado di offrire un contributo all'intero processo di gestione dell'emergenza (6). A tale proposito è importante considerare alcuni elementi essenziali della pianificazione: 1) la conoscenza del contesto, quindi nell'attuale situazione, delle caratteristiche specifiche dell'emergenza pandemica e delle tensioni emotive che generano nella popolazione generale e in gruppi specifici; 2) la definizione di obiettivi comunicativi ragionevoli e realistici; 3) la chiara definizione del target; 4) l'identificazione dei mezzi e delle attività di comunicazione, considerando che è sempre auspicabile un utilizzo integrato dei diversi mezzi. Nell'emergenza pandemica da COVID-19 in cui è stato disposto il distanziamento fisico e sociale i mezzi di comunicazione da utilizzare sono quelli che possano garantire tale condizione, come appunto il telefono; 5) la collaborazione tra più professionisti sociosanitari e con altri stakeholder (associazioni di volontariato, enti locali) che può offrire notevoli vantaggi per facilitare il raggiungimento del target, aumentare il numero di messaggi veicolati e conseguire gli obiettivi comunicativi; 6) la definizione dei criteri per il monitoraggio e la valutazione (9).

Comunicazione telefonica nell'attuale emergenza da COVID 19

In un'emergenza come quella che tutta la popolazione sta vivendo in seguito alla pandemia da COVID-19, la preoccupazione e la paura della situazione nuova, inattesa e potenzialmente dannosa per la salute, nonché la necessità di una condizione di isolamento sociale comportano la messa in atto di vissuti emotivi diversificati, tra questi la sensazione di perdita di controllo che può anche innescare reazioni di forte stress. D'altra parte ottenere informazioni chiare e seguire le raccomandazioni può aiutare a recuperare il controllo sulle circostanze della propria vita, aumentando la capacità di reagire positivamente, riducendo altresì l'ansia e l'angoscia che si accompagnano all'incertezza di una situazione in continua evoluzione. Anche se durante queste circostanze straordinarie l'insorgenza di una sintomatologia a livello psicologico, più o meno rilevante, nella popolazione generale è possibile e attesa si assiste altresì al peggioramento dei sintomi in soggetti già ansiosi o depressi. Inoltre, l'attenzione va rivolta alla salute mentale delle persone direttamente colpite dal virus e dei loro *caregiver* come dimostra quanto accaduto nell'epidemia della sindrome acuta respiratoria grave (*Severe Acute Respiratory Syndrome*, SARS) del 2003 dove si è assistito ad un aumento del 30% dei suicidi in persone di età pari o superiore a 65 anni; circa il 50% dei pazienti guariti ha continuato a mostrare sintomi d'ansia e il 29% degli operatori sanitari ha sperimentato sentimenti di angoscia mentre i pazienti sopravvissuti alla malattia sono stati a rischio di disturbo post-traumatico da stress (10). Dunque

l'individuazione precoce delle diverse problematiche psicologiche durante una situazione emergenziale rappresenta una importante priorità di sanità pubblica (11).

In tale panorama sanitario, che necessita di un processo comunicativo pianificato, l'attivazione sul territorio di telefoni dedicati rappresenta una risposta da parte dei Servizi territoriali per far fronte a diverse esigenze presenti nella popolazione generale e in persone in condizioni di salute particolari.

Il telefono, che si configura come un mezzo di comunicazione bidirezionale, attraverso l'utilizzo delle modalità verbali (parole e loro significato) e paraverbali (volume, timbro, ritmo e velocità della voce) permette di personalizzare l'intervento ponendo attenzione agli aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali che contraddistinguono e differenziano ogni individuo.

Alla luce del fatto che in questa fase emergenziale si rende indispensabile il distanziamento sociale, tale modalità comunicativa rappresenta oggi, più che mai, una soluzione appropriata per accogliere la persona, ascoltarla e instaurare un'interazione in un clima non giudicante, rispettoso dell'altro, ponendola al centro dell'intervento, senza che l'operatore e la persona condividano lo stesso setting esterno.

Tuttavia, in un'ottica di pianificazione e di integrazione delle iniziative è importante che sia previsto un coordinamento a livello regionale dei molteplici telefoni attivati sul territorio, in accordo con il livello nazionale, per fare chiarezza sul numero dei servizi telefonici attivati, sulla loro collocazione e conduzione e sulle finalità dei diversi interventi, per individuare i bisogni formativi del personale e per organizzare un archivio sempre aggiornato dei Servizi territoriali specifici, nonché per far conoscere alle persone le possibili tipologie dell'intervento offerto.

A tale proposito è possibile distinguere due livelli di intervento telefonico per la popolazione: il primo livello finalizzato a rispondere alle esigenze informative, alle incertezze e ai vissuti che le accompagnano, al tempo stesso, a favorire l'attivazione di processi di empowerment e a proporre eventualmente un invio mirato ad un intervento di secondo livello; il secondo livello orientato alla consulenza e al supporto psicologico per la gestione dello stress e per l'intercettazione di situazioni che necessitino di un "accompagnamento" ai servizi sociosanitari del territorio (*vedi* Rapporto ISS COVID-19 "Indicazioni ad interim per un appropriata consulenza e supporto psicologico telefonico alla popolazione in ambito sanitario nello scenario emergenziale SARS-CoV-2").

Intervento telefonico di primo livello nell'emergenza da COVID-19

In riferimento all'intervento telefonico di primo livello i diversi professionisti sociosanitari e i volontari coinvolti dovrebbero seguire procedure standardizzate di risposta e utilizzare competenze che permettano di strutturare la relazione telefonica in modo professionale, efficace e centrato sulle esigenze di ogni singola persona coinvolta nell'emergenza pandemica. A tale scopo è indispensabile avere a disposizione:

- un bagaglio conoscitivo tecnico- scientifico completo e aggiornato, basato su evidenze disponibili fino a quel momento, in modo che l'operatore possa fornire informazioni scientifiche e comprensibili, che la persona può utilizzare per individuare possibili soluzioni, per fare delle scelte e, quindi, avere una maggiore consapevolezza dei rischi e delle implicazioni legate al COVID-19.
- competenze di base del counselling, che rappresentano un valore aggiunto alla professionalità e che permettono di porre attenzione non solo ai contenuti dell'intervento, ma anche alla dimensione relazionale e all'attivazione delle risorse della persona (empowerment) (12, 13). La definizione di competenze di base si motiva in quanto si tratta di competenze che si ispirano ad un intervento più complesso dal quale traggono alcuni elementi utili per un approccio di sanità pubblica centrato sulla persona, sulla fiducia e sulla credibilità:
 - la conoscenza dello scopo dell'intervento che non si identifica con il dare consigli e soluzioni veloci o ancora informazioni generalizzate, ma con un processo di facilitazione per l'attivazione delle risorse della persona in modo che possa utilizzare le informazioni ricevute e comprese, affrontare responsabilmente bisogni e difficoltà che la riguardano e possa fare scelte consapevoli;
 - l'acquisizione di abilità quali autoconsapevolezza, empatia e ascolto attivo, e di tecniche e strategie comunicative (*vedi* riquadri su abilità relazionali e tecniche del rispecchiamento empatico) che consentano di strutturare la relazione telefonica in modo non improvvisato;
 - l'utilizzo di un protocollo, una mappa concettuale, uno schema di riferimento che permetta di strutturare la telefonata in fasi;
 - la disponibilità a lavorare in équipe e in rete.

Tutti questi **strumenti sono indispensabili** in una situazione di emergenza **al fine di**:

- **accogliere**, ascoltare e individuare il bisogno informativo emergente senza trascurare i vissuti che sempre accompagnano la richiesta;
- **fornire risposte puntuali, tempestive e argomentate**, erogando informazioni che si possano integrare nello schema cognitivo ed emotivo dell'individuo, che abbiano quindi significato per la persona, siano utili per affrontare dubbi e perplessità, nonché per contenere l'ansia e per agire in modo conforme alle misure indicate. Ciò per quanto riguarda sia i comportamenti di prevenzione individuale, sia i comportamenti da adottare durante l'isolamento fiduciario domiciliare o durante la quarantena;
- **saper comunicare** l'incertezza che corrisponde alla comunicazione di processi, quindi alla descrizione argomentata e chiara su cosa stia accadendo, su cosa si sia fatto e si stia facendo e

cosa si intenda fare, il tutto supportato da argomentazioni e da motivazioni rispetto alle scelte. In questo modo le persone hanno la possibilità di valutare la situazione con maggiore serenità e padronanza e di collocare le scelte all'interno del loro contesto di vita, nonché di essere più collaborative e più disponibili a far fronte a situazioni difficili come le limitazioni. È essenziale che la preoccupazione venga orientata verso una appropriata vigilanza, un apprendimento attento e una preparazione costruttiva, evitando di sottovalutare le reazioni emotive, ma piuttosto accogliendole, ascoltandole e fornendo indicazioni su come affrontarle (es. può essere utile suggerire di evitare la ricerca ossessiva di informazioni, consultare fonti scientifiche attendibili come i siti istituzionali o rivolgersi agli operatori sanitari) (14). Questo può favorire l'attivazione di processi di consapevolezza e limitare il rischio che la preoccupazione diventi incontrollata e sconfini nel panico o nella negazione, cioè nella sottovalutazione dell'importanza delle misure di distanziamento;

- **considerare** come ogni singola persona percepisca il **rischio**, tenendo conto del livello emotivo che lo sottende e di come questo possa incidere fortemente sul modo di affrontare e gestire la situazione emergenziale. La percezione è infatti un atto soggettivo ed è uguale alla realtà, cioè i comportamenti sono coerenti alla percezione di un rischio (15,16);
- **sostenere le persone** ad attivare le risorse al fine di affrontare in modo costruttivo la situazione di emergenza (empowerment).

Si riportano qui di seguito in modo schematico le fasi della telefonata:

- **fase iniziale** - fondamentale per stabilire una relazione di empatia e di fiducia con la persona che chiama, nonché per iniziare a comprendere, attraverso un ascolto attivo, il motivo che ha spinto la persona a telefonare. È importante porre particolare attenzione sia al contenuto della richiesta, sia agli aspetti emotivi che l'accompagnano;
- **fase intermedia** - utile a focalizzare il "reale" bisogno, offrire informazioni e indicazioni personalizzate, in un linguaggio comprensibile. Tale fase è cruciale per condividere un obiettivo, per prospettare e concordare possibili soluzioni e per stimolare le risorse della persona affinché scelga in modo autonomo e consapevole la soluzione più adeguata al suo bisogno, anche quella di poter usufruire di un servizio telefonico di secondo livello;
- **fase finale** - necessaria per riassumere quanto emerso e concordato durante il colloquio, per verificare il grado di acquisizione dell'informazione erogata, mirata a promuovere nuove consapevolezze e per concludere la telefonata.

Di seguito una **sintesi** delle azioni dell'intervento telefonico in una situazione di emergenza condotto secondo le competenze di base del counselling (17):

- **accogliere la persona e presentare il Servizio**
L'accoglienza è fondamentale per avviare l'interazione e favorire la creazione di un clima positivo. Le prime parole (comunicazione verbale), il tono e il timbro della voce (comunicazione paraverbale) usati dall'operatore sociosanitario sono importanti per presentare il Servizio e per creare un clima accogliente che consenta alla persona di sentirsi a proprio agio e di esplicitare la sua richiesta;
- **ascoltare in modo empatico**
L'ascolto attivo del contenuto di ciò che la persona dice e l'attenzione al vissuto che sottende il suo racconto (individuato attraverso tono, timbro, pause, velocità, ecc.) permettono di chiarire cosa la

persona già sappia e cosa desideri sapere, sintetizzare e restituire, attraverso le tecniche della riformulazione e della delucidazione, ciò che si è ascoltato evitando di interpretare: "Mi stava dicendo che...", "Dal tono della sua voce mi sembra che quanto mi sta riferendo la preoccupa in modo particolare, mi può spiegare meglio..." (vedi riquadri su abilità relazionali e tecniche del rispecchiamento empatico). Un clima disteso, un atteggiamento accogliente e positivo, un linguaggio chiaro e comprensibile e l'attenzione ai temi che la persona ritiene rilevanti in quel momento, possono facilitare la manifestazione di dubbi, preoccupazioni, paure e rappresentare un'opportunità per arrivare a focalizzare il reale bisogno;

- **focalizzare il bisogno/domanda e individuare l'obiettivo**

L'individuazione di un obiettivo condiviso della telefonata è possibile solo se la richiesta della persona è compresa dall'operatore e se l'informazione è fornita in modo comprensibile e personalizzato. Altrimenti, è indispensabile proseguire con un'indagine mirata a raccogliere elementi utili alla messa a fuoco del bisogno attraverso domande aperte (vedi capacità d'indagine box sulle abilità relazionali e sulle tecniche del rispecchiamento empatico);

- **fornire informazioni personalizzate**

L'informazione personalizzata è l'informazione corretta e aggiornata, che assume significato per la persona in quanto è centrata sulle specifiche esigenze individuali, è fornita anche in base a ciò che in quel momento la persona è in grado di poter effettivamente ascoltare, è argomentata e comprensibile e può essere utilizzata come risorsa per colmare dubbi, per rivedere atteggiamenti. I contenuti informativi devono essere scientificamente corretti, completi, aggiornati e proposti in un linguaggio semplice e chiaro per quella specifica persona. È importante rispondere ad una domanda per volta, verificare le implicazioni relative a quanto detto, considerando che qualsiasi informazione si inserisce nello schema emotivo-cognitivo della persona, e stimolare l'esplicitazione di dubbi e domande;

- **proporre e concordare possibili soluzioni**

Individuare insieme alla persona le soluzioni più adeguate per il raggiungimento dell'obiettivo condiviso dell'intervento telefonico, coinvolgendola nel processo decisionale in modo che si ponga attivamente di fronte al suo bisogno e che aderisca consapevolmente ad una eventuale proposta di invio ad altri riferimenti telefonici di secondo livello, assumendo così un ruolo attivo nella gestione della propria salute;

- **riassumere e verificare**

Al termine della telefonata è importante riassumere quanto è emerso e quanto si è concordato, nonché verificare che la persona abbia effettivamente compreso le informazioni e le indicazioni fornite. Prima di concludere la telefonata è utile chiedere alla persona alcuni dati che consentano di definire il suo profilo utilizzando una scheda di raccolta informazioni, cartacea o computerizzata che comprenda la nazionalità, la provincia di provenienza della chiamata, la tipologia di persona (cittadino, operatore sanitario, genitore, ecc.) il sesso, l'età, il motivo della telefonata e l'intervento effettuato. Tali dati andrebbero conservati per eventuali statistiche e trasferiti nel caso di un invio alle strutture territoriali per un approfondimento o presa in carico, favorendo il *contact tracing*. È molto importante gestire secondo le normative vigenti la tutela dei dati raccolti ottenendo il consenso al loro trattamento, qualora il telefono non fosse in anonimato. Inoltre, è opportuno rendersi disponibili per ulteriori contatti e chiudere la relazione salutandoli adeguatamente (in maniera empatica, non frettolosa, non infastidita).

RIQUADRO • Abilità relazionali

Nell'intervento telefonico di primo livello gli operatori sociosanitari hanno l'opportunità di predisporre all'accoglienza e all'ascolto dell'altro, di creare una relazione all'interno della quale poter proporre contenuti, informazioni, in base alle esigenze della persona, alla specifica situazione del momento e al contesto. L'interazione tra chi esprime una richiesta e ha delle aspettative e chi possiede le competenze tecnico-scientifico e comunicativo-relazionali necessarie per rispondere (operatore sociosanitario), deve necessariamente assumere le caratteristiche di una "relazione professionale". In questo caso, avere a disposizione abilità relazionali e strumenti che possano facilitare la conduzione dell'intervento telefonico diventa determinante per l'operatore (18).

Autoconsapevolezza: affinché l'operatore accolga e instauri un'interazione telefonica efficace, è fondamentale e prioritario che sia in grado di entrare in contatto con sé stesso, sia pienamente consapevole del raggio di azione e dei limiti del proprio ruolo, conosca il proprio setting interno (valori, pregiudizi, motivazioni, schemi di riferimento culturali, vissuti personali, emozioni) e sappia distinguere il proprio sé da quello dell'altro, attraverso una continua azione di auto-osservazione e di auto-monitoraggio di quanto avviene nella relazione. Contestualmente, è necessario che l'operatore sia consapevole del linguaggio paraverbale (nella relazione telefonica non ci si può avvalere degli aspetti del non verbale) che consente di trasmettere, alla persona coinvolta nella relazione professionale, il peso e il significato da attribuire a quanto esplicitato a livello verbale. L'abilità dell'autoconsapevolezza permette all'operatore sociosanitario di delimitare, di volta in volta, il setting interno e quello esterno connotato da una precisa dimensione spazio-temporale. Il setting interno fa riferimento alla capacità dell'operatore di aprirsi all'ascolto dell'altro, superando i propri pregiudizi e dedicando alla persona un tempo e uno spazio mentale dove non vi siano interferenze. Nella comunicazione telefonica il setting esterno non è condiviso, pertanto la consapevolezza dell'operatore di dover definire il setting interno assume una rilevanza cruciale nell'instaurare una relazione costruttiva con la persona. Il professionista sociosanitario impegnato in una relazione telefonica di primo livello, proprio per la specificità dell'intervento, deve poter possedere un buon livello di autoconsapevolezza che gli consenta di non confondere il proprio ruolo e il proprio mandato con quello di altri professionisti (psichiatra, psicoterapeuta, psicologo) impegnati in un intervento telefonico di secondo livello e in servizi sociosanitari territoriali specialistici.

Empatia: è l'abilità di comprendere l'esperienza soggettiva della persona ponendosi dal suo stesso punto di vista "come se" fosse il proprio, ma con la consapevolezza che appartenga all'altro. Si tratta, infatti, di saper entrare nello schema di riferimento dell'altro, di cogliere e accettare le sue opinioni, anche non condividendole, di focalizzare la situazione che sta vivendo dalla sua prospettiva (empatia cognitiva) e di condividere l'esperienza emotiva dell'altro (empatia emotiva), ma essendo ben consapevole che non è il proprio modo di pensare e di provare emozioni. L'operatore empatico non può e non deve confondersi con la persona, in quanto, se ciò avvenisse, non sarebbe più in grado di aiutarla, dando risposta alle sue richieste. Questa abilità è fondamentale per stabilire relazioni professionali basate sulla fiducia e sulla collaborazione, al fine di attivare un percorso alternativo adeguato alle esigenze del singolo e proporre un invio mirato ai servizi telefonici di secondo livello.

Ascolto attivo: è un'abilità comunicativa che si basa sull'empatia e sull'accettazione dell'altro consentendo l'attivazione di un rapporto professionale positivo e di un clima relazionale non giudicante. Saper ascoltare le richieste, i dubbi, le paure e le ansie permette di cogliere il contenuto della comunicazione attraverso il telefono nelle sue due componenti (verbale, paraverbale). L'operatore, ponendosi in un atteggiamento di ascolto attivo, mostra un autentico interesse nei riguardi della persona e ciò costituisce per la persona l'opportunità di sentirsi compresa e di poter chiedere e raccontare la sua esperienza senza il timore di essere giudicata. Nell'ascolto attivo entrano in gioco contemporaneamente diversi piani in quanto attraverso questa abilità l'operatore ascolta i contenuti (verbale) e la relativa connotazione emotiva (paraverbale) con la quale questi vengono espressi. Al contempo, l'operatore ascolta sé stesso, i propri vissuti, il proprio sistema culturale e valoriale, cercando di fare in modo che non interferisca nella relazione.

RIQUADRO • Tecniche del rispecchiamento empatico

Per ascoltare attivamente l'operatore può fare riferimento al metodo del rispecchiamento empatico o della restituzione che si avvale di alcune tecniche: riformulazione, delucidazione, capacità di indagine, messaggi in prima persona.

Riformulazione: consiste nel ripetere e nel restituire alla persona ciò che ha detto, utilizzando gli stessi termini senza aggiungere nessun altro contenuto. In questo modo l'operatore verifica di aver ben compreso quanto raccontato dalla persona, contemporaneamente la persona sente di essere stata ascoltata ed è disponibile a proseguire nel racconto mostrandosi maggiormente collaborativa. Si può approfittare del momento in cui la persona è alla fine di un periodo per intervenire e riprendere ciò che è stato appena detto.

Delucidazione: si applica verbalizzando quanto l'operatore coglie dagli aspetti paraverbali: «Dal tono delle sue parole ho l'impressione di cogliere delle perplessità circa la possibilità di...». La delucidazione agevola la comprensione sottolineando anche i vissuti che accompagnano il contenuto verbale. Insieme alle altre tecniche dell'ascolto attivo, in particolare i messaggi in prima persona, la delucidazione contribuisce a evitare che la dimensione personale dell'operatore (quanto immagina, pensa o prova) venga confusa con quanto accade nell'interlocutore a livello cognitivo ed emotivo, oppure venga utilizzata per interpretazioni che potrebbero portare lontano dal punto di vista della persona e da ciò che questa voleva effettivamente dire. Permette quindi di mantenere costantemente distinto ciò che l'operatore ascolta, da ciò che tutto questo suscita in lui, sia a livello cognitivo, sia a livello emotivo.

Capacità di indagine: questa tecnica consente all'operatore di porre domande appropriate (domande aperte, chiuse, ipotetiche) in funzione della specifica fase della relazione telefonica con la persona. Le domande aperte, utili nella fase iniziale del colloquio, lasciano ampia possibilità di risposta, tendono ad ampliare i contenuti del colloquio, stimolano l'esposizione di opinioni e pensieri. Le domande chiuse, da utilizzare in una fase successiva del colloquio telefonico sono circoscritte e specifiche, presuppongono risposte nette, restringendo e rendendo più stringata la comunicazione, richiedono solo fatti oggettivi e a volte possono sembrare limitative e ostacolanti.

Messaggi in prima persona: l'uso dei messaggi in prima persona facilita la distinzione tra ciò che pensa e prova l'operatore e ciò che riguarda la persona, permettendo di evitare interpretazioni e situazioni conflittuali, favorendo un clima non giudicante e positivo («Io penso che...», «Secondo me...», «Mi sembra che...»).

Conclusioni

L'emergenza sanitaria da COVID-19 ha reso necessaria l'attivazione di costanti e articolati flussi comunicativi con i cittadini a livello nazionale, regionale e locale, che come evidenziato nel presente rapporto possono essere più efficaci se la comunicazione è gestita in modo organizzato e pianificato.

Molti servizi del territorio, ma anche altre strutture, associazioni e singoli professionisti si sono attivati per offrire il proprio supporto attraverso la costituzione di telefoni con finalità diverse e a volte non sempre chiare per la popolazione generale.

Nel rapporto è stato evidenziato come le iniziative di questo tipo siano efficaci solo se incardinate all'interno di una rete territoriale che possa favorire il coordinamento tra iniziative attivate anche in servizi diversi delle Aziende Sanitarie in base alle finalità (Dipartimento di Prevenzione, Consulitori, Servizi ospedalieri, Dipartimento di Salute Mentale).

Il coordinamento permette di fornire interventi telefonici di primo e di secondo livello tra loro integrati, in grado di raccordarsi con i servizi sociosanitari territoriali specialistici, e quindi di garantire il benessere fisico e mentale della popolazione generale (Figura 1).

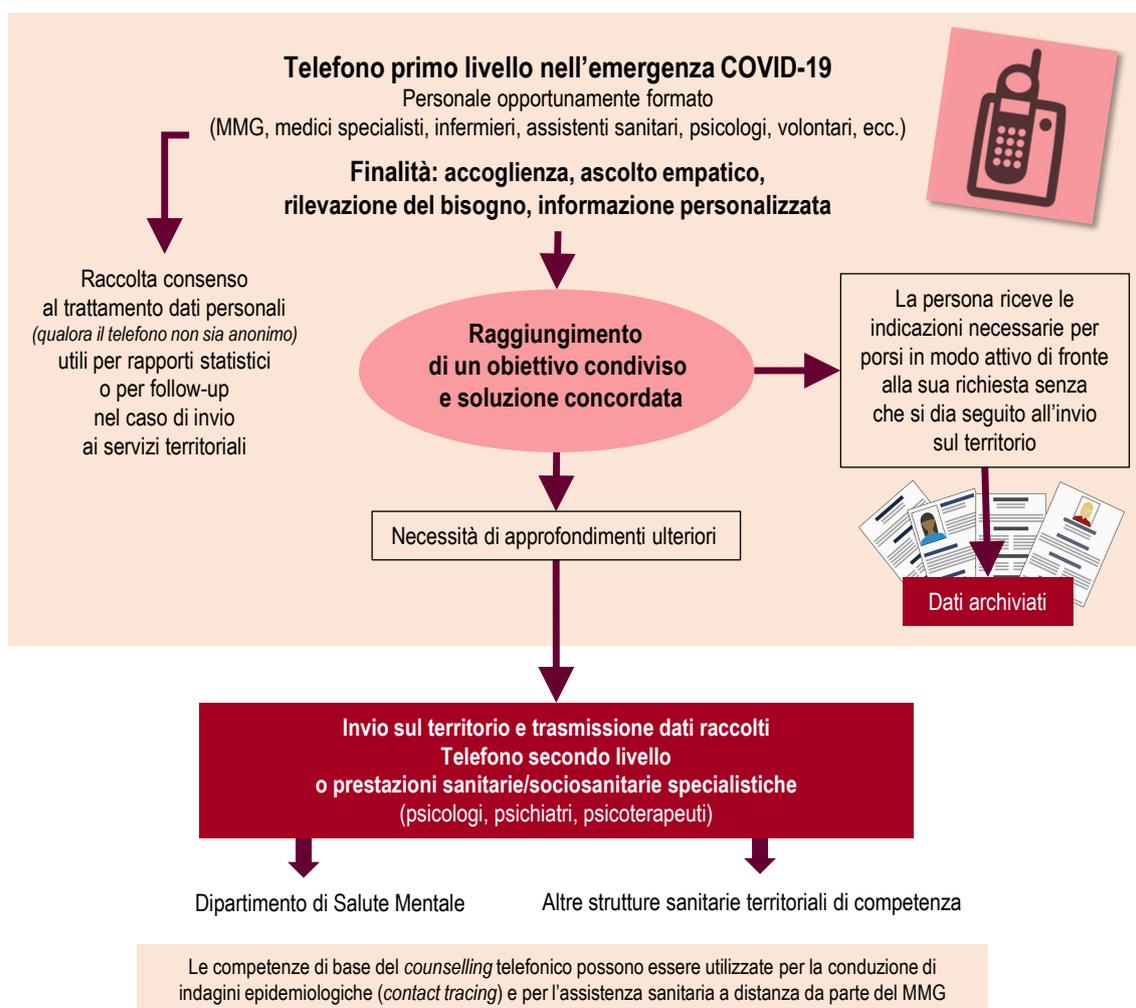


Figura 1. Schema di intervento del telefono di primo livello nell'emergenza COVID-19

In particolare un servizio telefonico di primo livello strutturato come qui descritto, può rappresentare per la persona direttamente o indirettamente coinvolta nell'emergenza sanitaria un riferimento consolidato in grado di erogare interventi di prevenzione, rispondendo con competenza comunicativa e rigore scientifico alle informazioni richieste. Inoltre, tale intervento risulta essere efficace in quanto consente di stabilire contatti personalizzati, di fornire risposte prive di giudizi di valore o di imposizioni direttive, favorendo l'attivazione del processo di empowerment nella persona che telefona e orientando l'azione verso obiettivi raggiungibili e comportamenti consapevoli.

Inoltre, è importante che il Servizio possieda dati descrittivi da fornire all'utenza (banca dati) per un eventuale invio sul territorio ad altri servizi che attuino interventi di secondo livello, nonché dati relativi all'utenza raccolti dall'operatore durante la telefonata attraverso un'apposita scheda possibilmente computerizzata, valutando con attenzione il momento in cui raccogliere i dati per evitare di interrompere il flusso della conversazione telefonica. Sia i dati informativi che quelli statistici possono essere trascritti per esteso oppure utilizzando un sistema di codifica che preveda un codice numerico o alfanumerico. Entrambi i tipi di dati sono fondamentali per procedere alla valutazione del servizio mirata a verificare se questo risponda agli obiettivi prefissati; se segua le direttive del committente, e, al tempo stesso, a consentire agli operatori di monitorare i propri interventi professionali. A tale proposito sarebbe opportuno affrontare in modo sistematico il tema della valutazione e quindi della rilevazione del processo e dell'esito dell'intervento, coinvolgendo le diverse tipologie dei servizi telefonici nell'area dell'emergenza da COVID-19.

Un servizio telefonico di questo tipo, può altresì costituire un ambito elettivo, insieme agli altri telefoni di secondo livello, per la conduzione di survey telefoniche, utili a fornire dati e informazioni inerenti alle esigenze dei diversi target, sulla base dei quali implementare interventi di Sanità Pubblica per la gestione di un'epidemia (19-21).

In questo articolato e complesso scenario, la formazione degli operatori sociosanitari impegnati in una relazione professionale all'interno di un servizio telefonico di primo livello, finalizzato a fornire un'informazione personalizzata e a stimolare l'attivazione di processi di empowerment nella popolazione generale durante l'emergenza COVID-19, risulta fondamentale. Un'appropriata attività formativa rappresenta l'occasione per rafforzare la Rete e la collaborazione integrata, per condividere interventi attuabili in diversi contesti e per perfezionare sia le competenze tecnico-scientifiche che le competenze comunicativo-relazionali (22). È auspicabile infatti che tutti gli operatori seguano delle procedure standardizzate, siano formati *ad hoc* per strutturare la relazione telefonica in modo professionale, efficace e centrato sulle esigenze di ogni singola persona coinvolta nell'emergenza pandemica. La proposta formativa qui sintetizzata intende porre attenzione alla componente cognitiva, pragmatico-operativa e relazionale dell'operatore ed è finalizzata all'apprendimento/perfezionamento delle competenze di base del counselling, dando per già acquisito l'indispensabile bagaglio di conoscenze tecnico-scientifiche specifiche del tema.

Tale approccio didattico pone al centro dell'intervento formativo l'esperienza del singolo operatore, il quale diventa elemento centrale come persona, come soggetto di apprendimento, come professionista. Lo scopo è quello di stimolare nuovi schemi cognitivi, rinnovate elaborazioni concettuali e collegamenti con l'esperienza professionale quotidiana, atti a consentire non solo risposte corrette, ma centrate sulle specifiche esigenze della persona che telefona (23).

Tale premessa teorica consente di mettere a punto programmi formativi per operatori sociosanitari impegnati in un telefono di primo livello, sviluppati non per argomenti, ma per obiettivi chiaramente condivisi e orientati a:

- identificare i criteri fondamentali per un ottimale lavoro di equipe e di rete nell'emergenza da COVID-19;
- individuare i principi fondamentali e le caratteristiche di una comunicazione telefonica in una emergenza da COVID-19;

- acquisire le competenze di base del counselling per un efficace relazione telefonica tra operatore e persona direttamente o indirettamente coinvolta nell'emergenza da COVID-19;
- individuare le abilità relazionali per un intervento telefonico di primo livello nell'emergenza da COVID-19.

Per il raggiungimento di tali obiettivi un percorso di formazione blended rappresenta una modalità appropriata per integrare attività didattiche in presenza e a distanza. Nello specifico i corsi in presenza andrebbero attivati e realizzati nella fase in cui non ci sia emergenza (*preparedness*), cosa che già avviene in diverse ASL. Tali corsi possono essere integrati con percorsi formativi a distanza e sul campo, mentre i corsi a distanza, che rappresentano un importante momento di aggiornamento e approfondimento, devono assolutamente essere privilegiati nella fase emergenziale, come quelli presenti sulla piattaforma dedicata EDUISS dell'ISS (<https://www.eduiss.it/>).

Risorse

- Corso FAD ISS “Emergenza sanitaria da nuovo coronavirus SARS CoV-2: preparazione e contrasto”

Disponibile all'indirizzo: <https://www.eduiss.it/>.

- L'ISS ha prodotto due documenti nell'ambito del progetto Guadagnare salute sulle competenze di counselling telefonico:
 - *Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale* (12)
 - *Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale* (18)
- Si segnala un articolo sul tema utile per definire un percorso di formazione *ad hoc* dal titolo “Proposta di un percorso formativo sul counselling integrato” pubblicato nel 1998 sugli *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità* (22).

Bibliografia

1. World Health Organization. *Risk communication and community engagement (RCCE) readiness and response to the 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). Interim guidance v2, 26 January 2020*. Geneva: WHO; 2020. (WHO/2019-nCoV/RCCE/v2020.2).
2. World Health Organization. Joint WHO and ECDC mission in Italy to support COVID-19 control and prevention efforts. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. <http://www.euro.who.int/en/countries/italy/news/news/2020/2/joint-who-and-ecdc-mission-in-italy-to-support-covid-19-control-and-prevention-efforts>
3. COVID-19: fighting panic with information. [Editorial] *The Lancet* 2020;395(10224):537. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30379-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30379-2).
4. CDC. *Interim Guidance: Public health communicators get your community ready for coronavirus disease 2019 (COVID-19)*. Atlanta, GA: CDC; 2020.
5. World Health Organization. *Global Programme on AIDS. Psychosocial counselling for person with HIV infection, AIDS and related disease*. Geneva: WHO; 1989.
6. Felthman C, Dryden W. *Dizionario di counseling*. Roma: Sovera; 2008.
7. Reynolds B, Crouse Quinn S. Effective communication during an influenza pandemic: the value of using a crisis and emergency risk communication framework. *health promotion practice. Health Promot Pract* 2008;9(4 Suppl):13S-17S. doi: 10.1177/1524839908325267.
8. Reynolds, B. *Crisis and emergency risk communication: Pandemic Influenza*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention; 2006.
9. Glanz K, Rimer, BK. *Theory at a glance: A guide for health promotion practice*. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 1995. (NIH Publication No. 97-3896).
10. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Bullmore E. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*. Published online April 15, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30168-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30168-1).
11. Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Rubin GJ. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence *The Lancet* 2020;395(10227):912-20. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
12. De Mei B, Luzi AM. *Dossier. Il valore aggiunto delle competenze di counselling per una comunicazione efficace in ambito professionale. Guadagnare Salute*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2012. http://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_valore_aggiunto_competenze_counselling.pdf
13. Mucchielli R. *Apprendere il counselling*. Trento: Erickson; 1994.
14. van der Bles AM, van der Linden S, Freeman ALJ, Mitchell J, Galvao AB, Zaval L, Spiegelhalter DJ. Communicating uncertainty about facts, numbers and science. *Royal Society Open Science* 2019;6(5) <https://doi.org/10.1098/rsos.181870>
15. Ropeik D. Understanding factors of risk perception. *Nieman Reports* 2002;56(4):52.
16. Slovic P. *The perception of risk*. Virginia: Earthscan; 2000.
17. Luzi AM, De Mei B, Colucci A, Gallo P. Criteria for standardising counselling for HIV testing. *Ann Ist Super Sanità* 2010;46(1):42-50
18. De Mei B, Luzi AM. *Le competenze di counselling per una gestione consapevole delle reazioni personali e dei comportamenti dell'operatore nella relazione professionale. Guadagnare Salute*. Roma: Istituto Superiore di

Sanità, 2012. http://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_competenze_counselling_gestione_consapevole.pdf

19. Mulieri I, Santi F, Colucci A, Fanales BE, Gallo P, Luzi AM. Sex workers clients in Italy: results of a phone survey on HIV risk behaviour and perception. *Ann Ist Super Sanità* 2014;50(4):363-8. doi: 10.4415/ANN_14_04_12
20. Mulieri I, Gallo P, Fanales BE, Colucci A, D'Ippoliti A, Luzi AM. Sexual behaviours of clients of sex workers reported within phone calls at HIV/AIDS/STIs Italian helpline. *Ann Ist Super Sanità* 2013;49 (2):183-9. doi: 10.4415/ANN_13_02_10.
21. Taglieri FM, Fanales-Belasio E, Santi F, Gallo P, Colucci A, Luzi AM. Information needs of young Italians accessing the AIDS and STIs Helpline of Italian Istituto Superiore di Sanità (National Institute of Health). *Ann Ist Super Sanità* 2016; 52(2):289-94. doi: 10.4415/ANN_16_02_23.
22. De Mei B., Luzi A.M., Gallo P. Proposta di un percorso formativo sul counselling integrato. *Ann Ist Super Sanità* 1998;34(4):529-39.
23. De Mei B, Luzi AM. La formazione continua in ambito sanitario. *Diagnostica Bios* 2003;8(3):23-9.

Rapporti ISS COVID-19

Accessibili da <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.
Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19. Versione del 7 marzo 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020)
2. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.
Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020 Rev. 2)
3. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti.
Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 31 marzo 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev.)
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni.
Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie. Versione del 17 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev.)
5. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor.
Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 21 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020 Rev.)
6. Gruppo di lavoro ISS Cause di morte COVID-19.
Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2. Versione del 23 marzo 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 6/2020).
7. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19 e Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Rifiuti COVID-19.
Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2. Versione del 29 marzo 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 7/2020).
8. Osservatorio Nazionale Autismo ISS.
Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 30 marzo 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020).
9. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente – Rifiuti COVID-19.
Indicazioni ad interim sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 3 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 9/2020).
10. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19.
Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2 Versione del 7 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 10/2020).

11. Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica
Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/nasofaringeo per la diagnosi di COVID-19. Versione del 7 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020).
12. Gabbrielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M.
Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
13. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19.
Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19. Versione del 15 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 13/2020).
14. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19.
Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 14 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 14/2020).
15. Gruppo di lavoro ISS Farmaci COVID-19.
Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie. Versione del 16 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 15/2020).
16. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19.
Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi. Versione del 19 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 16/2020).
17. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19.
Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2. Versione del 19 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 17/2020).
18. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19.
Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19. Versione del 26 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 18/2020).
19. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19.
Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 25 aprile 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 19/2020).
20. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni.
Indicazioni per la sanificazione degli ambienti interni per prevenire la trasmissione di SARS-COV 2. Versione dell'8 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020).
21. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S.
Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19. Versione del 3 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 21/2020).

22. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19
Indicazioni ad interim per la gestione dello stress lavoro-correlato negli operatori sanitari e socio-sanitari durante lo scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 7 maggio.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020)
23. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19
Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020).
24. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19.
Indicazioni ad interim per una appropriata gestione dell'ipoadrenalismo in età pediatrica nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 24/2020)
25. Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19.
Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione dell'8 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)
26. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti.
Indicazioni ad interim sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico. Versione del 18 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 26/2020)
27. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Nardone M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S.
Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19. Versione del 17 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 27/2020).
28. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19.
Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 1: normativa e tipologie. Versione del 18 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 28/2020)
29. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19.
Indicazioni ad interim su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione 21 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 29/2020)
30. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19.
Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 14 maggio 2020.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020)