

---

**PIANO DELLE PROCEDURE E MISURE  
PER IL CONTENIMENTO DEL RISCHIO DI CONTAGIO DA SARS-CoV-2  
STRUTTURA .....**

---

**MAGGIO 2020**

## INDICE

Premessa	Pag.
Azioni propedeutiche	Pag.
Sezione 1 – Limitazioni di accesso e misure di sorveglianza	Pag.
Sezione 2 – Misure di sicurezza e riorganizzazione dei servizi	Pag.
Sezione 3 – Procedure di igienizzazione	Pag.
Sezione 4 – Monitoraggio	Pag.
Bibliografia e sitografia	Pag.

## **PREMESSA**

Il presente documento illustra il piano delle procedure e misure da adottare per il contenimento del rischio di contagio da SARS-CoV-2 redatto nell'ottica di graduale ripresa delle attività della Struttura .....

L'obiettivo delle misure pianificate è dunque quello di garantire la massima tutela della salute e sicurezza di utenti ed operatori e la salubrità degli ambienti.

A tal proposito quanto ivi rappresentato tiene conto delle disposizioni e raccomandazioni specifiche dettate dalle competenti autorità (Ministero della Salute, Rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità, Protocollo condiviso in materia di salute e sicurezza negli ambienti di lavoro, normativa di genere a livello nazionale e regionale, Linee di indirizzo dell'Unità di Crisi Anffas).

L'adeguamento delle suddette disposizioni alla specifica realtà operativa ha richiesto la totale revisione dei processi di servizio in termini di accesso ed uscita dalla struttura, movimentazione all'interno degli spazi, analisi dei carichi di affollamento, destinazione d'uso dei locali, orario di funzionamento, durata dei trattamenti, rimodulazione delle attività ambulatoriali, domiciliari e semiresidenziali, modalità di approvvigionamento di materiali, implementazione delle procedure di igienizzazione e sanificazione.

La necessità di contenere il rischio di contagio ha richiesto altresì l'introduzione di misure specifiche di controllo e monitoraggio, prime fra tutte l'attivazione del triage in ingresso, necessario a verificare le condizioni di salute degli utenti e degli operatori.

I contenuti del documento sono stati raggruppati in quattro sezioni precedute dalla descrizione delle azioni propedeutiche e completate da un'appendice bibliografica e sitografica. Nella prima sezione sono illustrate le strategie di prevenzione basante sulle limitazioni di accesso e sulla sorveglianza, nella seconda le misure di sicurezza e di riorganizzazione dei servizi, nella terza le procedure di igienizzazione e sanificazione, nella quarta le procedure di monitoraggio.

## AZIONI PROPEDEUTICHE

La concreta attuazione delle misure previste richiede l'espletamento di azioni propedeutiche funzionali alla pianificazione, coordinamento, monitoraggio, controllo e revisione delle procedure affinché le stesse possano essere efficaci e rispondenti al mutamento della situazione contingente.

- Aggiornamento del Documento di Valutazione di Rischi (DVR) in relazione al rischio associato all'infezione da SARS-CoV-2 a cura del Responsabile di Prevenzione e Protezione (RSPP) e del Medico Competente (MC).
- Contatto telefonico con gli utenti e familiari di riferimento per valutazione dell'eventuale mutamento di condizioni e bisogni e verifica della disponibilità alla ripresa dei trattamenti in struttura o preferenza per misure alternative.
- Nomina del Referente Aziendale (RA) per la prevenzione e controllo di COVID-19, nella persona di ....., per l'espletamento delle seguenti attività:
  - pianificazione, coordinamento e monitoraggio delle soluzioni organizzative e delle misure igienico-sanitarie;
  - mantenimento di un flusso informativo efficace con gli Enti e le Strutture di riferimento ed in particolare dei rapporti con il Servizio Igiene e Sanità Pubblica dell'azienda sanitaria di riferimento (SISP), con il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), con il Medico Competente (MC) e con il Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS).
- Istituzione a supporto del RA di un Comitato per la Prevenzione e Controllo Aziendale (CPCPA) delle infezioni correlate all'assistenza e specificatamente per COVID-19 composto dai referenti di struttura (fisioterapista, educatori, OSS), dall'Infermiere, dall'Assistente Sociale e dal Direttore dell'Area Amministrativa.

Il Comitato si riunisce almeno una volta a settimana per la verifica ed il monitoraggio dell'efficacia delle misure igienico-sanitarie e delle procedure attivate e, qualora necessario, opera revisioni alle misure organizzative ed igienico-sanitarie attuate. Di ogni riunione il Comitato redige apposito verbale.

## SEZIONE 1 – LIMITAZIONI DI ACCESSO E MISURE DI SORVEGLIANZA

In considerazione di quanto attualmente noto circa le modalità di trasmissione del Coronavirus SARS-CoV-2 (ovvero, per contagio interumano), le prime misure preventive riguardano il contingentamento degli accessi alla struttura.

I principi della limitazione sono funzionali a:

- evitare assembramenti e limitare i contatti diretti;
- evitare che persone non infette entrino in contatto con persone per le quali sia accertata, probabile o sospetta una condizione di contagiosità, o con persone che manifestino segni e sintomi riconducibili ad infezione delle vie respiratorie;
- isolare correttamente persone che dovessero manifestare sintomatologia compatibile con la malattia COVID-19 durante la permanenza in struttura;
- tutelare persone gravate da una maggior suscettibilità alle infezioni.

Sul piano operativo, il primo gruppo di interventi preventivi è dunque articolato nelle seguenti misure:

- 1.1 limitazione degli accessi;
- 1.2 autocertificazione e automonitoraggio;
- 1.3 triage;
- 1.4 sorveglianza e isolamento dei casi sospetti;
- 1.5 protezione dei soggetti suscettibili.

### 1.1 Limitazione degli accessi

Trovandoci in un contesto epidemiologico di pandemia, in analogia con il cosiddetto lockdown, una prima strategia di prevenzione si riferisce al contingentamento degli accessi alla sede aziendale, che dovranno essere limitati a motivi valutati come imprescindibili per l'erogazione dei servizi agli utenti e l'espletamento delle attività di natura tecnico-amministrativa.

In sintesi:

- ⑩ possono accedere in struttura gli utenti, gli operatori e i fornitori;
- ⑩ salvo emergenze, previa autorizzazione della Direzione Sanitaria e comunque con obbligo di sottoporsi alle procedure di autocertificazione e triage di seguito descritte, non possono accedere in struttura familiari, accompagnatori e caregivers degli utenti. I colloqui con il Direttore Medico o con il clinico di riferimento, gli interventi di parent training e le consulenze sociali vengono eseguiti per via telefonica e/o in videoconferenza;
- ⑩ le procedure connesse alle richieste di cura (presentazione delle richieste, pubblicazione della lista di attesa) e i servizi di informazione circa le attività sanitarie vengono effettuati esclusivamente per via telematica e/o telefonica;
- ⑩ sono sospese le attività di volontariato e di tirocinio formativo o professionalizzante in essere; i processi di formazione aziendale vengono svolti in modalità FAD; i colloqui di lavoro e le

presentazioni degli informatori scientifici del farmaco vengono svolti per via telefonica e/o in videoconferenza;

- ⑩ la ricezione di consegne postali o da corriere potrà avvenire solo dall'esterno attraverso la finestra posteriore del locale front office; per le consegne dei fornitori seguita ad essere utilizzato l'androne dell'ingresso posteriore riservato ai dipendenti.

## 1.2 Autocertificazione e automonitoraggio

Poiché il Coronavirus SARS-CoV-2 viene trasmesso da soggetto infetto per contagio interumano, è necessaria l'attuazione di una rigorosa selezione finalizzata ad evitare che persone non infette entrino in contatto con persone per le quali sia accertata, probabile o sospetta una condizione di contagiosità.

È quindi indispensabile, sulla base alle informazioni attualmente disponibili (queste infatti potranno essere riviste in base all'evoluzione della situazione epidemiologica e delle conoscenze scientifiche), fare riferimento alle seguenti definizioni:

### Caso sospetto:

“una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno dei seguenti sintomi: febbre, tosse, dispnea) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale (facendo riferimento ai rapporti quotidiani dell'OMS e ai bollettini della situazione epidemiologica italiana) durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi”;

*oppure*

“una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi”;

*oppure*

“una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria, per esempio tosse, difficoltà respiratoria) e che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica”.

### Caso probabile:

“un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio utilizzando protocolli specifici di Real Time RT-PCR per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus”.

### Caso confermato:

“un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2 effettuata presso il Laboratorio di Riferimento Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) o da Laboratori Regionali di Riferimento, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici”.

Contatto stretto (per il legame epidemiologico si fa riferimento a un periodo di 14 giorni prima o dopo la manifestazione della malattia nel caso in esame):

“una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19”;

*oppure*

“una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano)”;

*oppure*

“una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati)”;

*oppure*

“una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti”;

*oppure*

“una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri”;

*oppure*

“un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei”;

*oppure*

“una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri”.

Paziente clinicamente guarito da COVID-19:

“paziente che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche (febbre, rinite, tosse, mal di gola, eventualmente dispnea e, nei casi più gravi, polmonite con insufficienza respiratoria) associate all'infezione documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata” (il soggetto clinicamente guarito può risultare quindi ancora positivo al test per la ricerca di SARS-CoV-2).

Paziente guarito da COVID-19:

“paziente che risolve i sintomi dell'infezione da COVID-19 e che risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2” (pur non esistendo chiare evidenze a supporto, al momento viene risottoposto al test il paziente risultato positivo, una volta avvenuta la risoluzione dei sintomi clinici e, in caso di persistenza della sintomatologia, non prima di 7 giorni dal riscontro della prima positività”.

Paziente con clearance del virus SARS-CoV-2:

“paziente che ha avuto segni e sintomi di malattia, o persona in fase asintomatica senza segni di malattia, nei cui fluidi corporei non sia rilevabile l'RNA del SARS-CoV-2” (il soggetto asintomatico al viene risottoposto al test per documentare la negativizzazione non prima di 14 giorni - durata

raccomandata del periodo d'isolamento/quarantena - dal riscontro della positività; la definizione di scomparsa dell'RNA virale è attualmente data dall'esecuzione di due test molecolari, effettuati normalmente a distanza di 24 ore, aventi entrambi esito negativo; la negatività del test deve accompagnarsi alla scomparsa dei sintomi della malattia eventualmente presenti; l'eventuale comparsa di anticorpi specifici rinforza la nozione di eliminazione del virus e di guarigione clinica e virologica).

Tenuto conto delle definizioni sopra riportate, è vietato l'accesso in struttura ad utenti, operatori e fornitori (e l'accesso degli operatori al domicilio dell'utente), quando l'utente, l'operatore e il fornitore (o il familiare convivente o il caregiver nel caso degli accessi domiciliari) ricada in una delle seguenti definizioni:

- “caso confermato” (fino a quando non ricada nella definizione di “paziente con clearance del virus SARS-CoV-2” - non è quindi sufficiente la guarigione clinica - e comunque fino a regressione della sintomatologia e non prima del termine del periodo di quarantena o di isolamento disposti dall'autorità sanitaria preposta);
- “caso probabile” e “caso sospetto” (fino a quando le indagini di laboratorio non escludano la diagnosi di COVID-19, e comunque fino a regressione della sintomatologia e non prima del termine del periodo di quarantena o di isolamento disposti dall'autorità sanitaria preposta);
- “contatto stretto” (fino al termine del periodo di quarantena o di isolamento disposti dall'autorità sanitaria preposta).

Fino a quando sarà vigente l'attuale quadro normativo ed operativo nazionale, per l'istituzione del divieto di frequenza, si fa riferimento ai provvedimenti di quarantena e isolamento disposti dall'autorità sanitaria preposta.

Ad ogni accesso in struttura o presso il domicilio dell'utente, viene quindi richiesto all'utente, all'operatore ed al fornitore di rilasciare all'operatore del punto triage (per gli accessi in struttura) o all'operatore che esegue l'intervento (per gli accessi a domicilio) una autocertificazione in cui dichiara:

- a) di non essere sottoposto a quarantena o isolamento;
- b) di non ricadere nella definizione di “contatto stretto” di un caso sospetto, probabile o accertato (indipendentemente dall'avvenuta istituzione della quarantena);
- c) in caso di pregressa accertata infezione da SARS-CoV-2, di aver risolto l'eventuale sintomatologia clinica e di essere risultato negativo all'esecuzione di due test molecolari effettuati a distanza di 24 ore.

Come ulteriore misura restrittiva, agli operatori e agli utenti viene richiesto di compilare, prima di ogni accesso in struttura e prima di ogni accesso domiciliare, un questionario relativo all'eventuale presenza di sintomi di infezione respiratoria. In caso di temperatura superiore a 37,5°C o di sintomi respiratori, vengono date le seguenti indicazioni: (1) per l'utente, disdire l'appuntamento mediante comunicazione telefonica alla segreteria; per l'operatore, comunicare l'assenza per malattia mediante comunicazione telefonica alla segreteria o alla direzione del personale; (2) per l'utente e l'operatore, di contattare il proprio MMG o PLS.

Nell'autocertificazione descritta al precedente paragrafo viene quindi inserito il punto:

- d) di non aver rilevato nel questionario autocompilato elementi ostativi all'accesso alla struttura.

Gli operatori preposti al triage, prima dell'avvio delle attività di competenza, dovranno trasmettere la propria autocertificazione alla Direzione Sanitaria per via telematica.



Analogamente gli operatori che si recano al domicilio degli utenti, prima dell'avvio delle attività, dovranno quotidianamente inviare la propria autocertificazione alla Direzione Sanitaria per via telematica. Dovranno inoltre provvedere alla raccolta delle autocertificazioni prodotte dagli utenti ed alla trasmissione alla Direzione Sanitaria, per via telematica, entro le ore 19 del giorno in cui viene eseguito l'accesso domiciliare.

### **1.3 Triage**

L'assenza di provvedimenti vigenti di quarantena/isolamento o di sintomatologia sospetta rilevata autonomamente dall'utente e dall'operatore non solleva l'azienda dalla responsabilità di provvedere alla ricerca attiva di segni e sintomi riconducibili ad infezione delle vie respiratorie, attraverso attività di triage (prima di ogni accesso in struttura) e di sorveglianza (durante la permanenza in struttura).

Pertanto, l'accesso in struttura da parte di utenti e operatori è preceduto da procedura di triage da condursi all'esterno presso tensostruttura appositamente collocata. Il triage prevede la misurazione della temperatura corporea con termometro a infrarossi da parte di operatore opportunamente formato. In caso di temperatura superiore a 37,5° viene fatto divieto di accesso alla struttura e raccomandato di contattare il MMG o PLS. Gli operatori preposti al triage, prima dell'avvio delle attività di competenza, dovranno reciprocamente la temperatura corporea.

### **1.4 Sorveglianza e isolamento dei casi sospetti**

Poiché una sintomatologia sospetta potrebbe manifestarsi anche durante la permanenza in struttura, è necessario istituire un secondo livello di sorveglianza attiva.

Occorre tuttavia enfatizzare la distinzione tra il riscontro di manifestazioni cliniche sospette (insorgenza improvvisa di febbre, tosse o dispnea) che deve portare all'attivazione delle procedure di isolamento e segnalazione e il riscontro di disturbi aspecifici delle alte vie respiratorie (ad esempio starnuti o scolo nasale) che devono portare alla sola interruzione dell'attività lavorativa o della procedura sanitaria.

Pertanto, qualora l'operatore dovesse accusare febbre, tosse o dispnea durante l'espletamento della propria mansione è tenuto ad interromperla immediatamente, auto-isolarsi nel locale in cui ha accusato i sintomi (che diviene a tutti gli effetti stanza di isolamento), invitare tutte le persone eventualmente presenti nel locale ad allontanarsi ed informare tempestivamente la Direzione Sanitaria. Nel caso dell'operatore a domicilio questi dovrà interrompere immediatamente il trattamento, contattare il proprio MMG ed informare la Direzione Sanitaria.

Qualora un operatore dovesse riscontrare febbre, tosse o dispnea in un utente presente in struttura, dovrà interrompere immediatamente il trattamento, far indossare all'utente la mascherina se già non indossata, mantenerlo isolato nel locale in cui sono stati rilevati i sintomi (che diviene a tutti gli effetti stanza di isolamento) far allontanare eventuali altre persone presenti, ed informare la Direzione Sanitaria. Nel caso dell'operatore a domicilio questi dovrà interrompere immediatamente il trattamento, raccomandare all'utente di contattare il MMG/PLS ed informare la Direzione Sanitaria.

Qualora l'operatore dovesse accusare (o riscontrare in un utente) disturbi aspecifici delle alte vie respiratorie (ad esempio starnuti o scolo nasale) dovrà interrompere l'attività lavorativa (o invitare l'utente a lasciare la struttura) e informare la Direzione Sanitaria.

### **1.5 Protezione dei soggetti suscettibili**

Misure restrittive di natura precauzionale vengono istituite anche a protezione di soggetti particolarmente a rischio per condizioni di immunodeficienza innata o acquisita o per fascia di età, e prevedono altresì, quando possibile, una variazione della modalità di erogazione delle prestazioni (nel caso dell'utente) e della modalità di esecuzione del rapporto di lavoro (nel caso dell'operatore).

La Direzione Sanitaria valuta, caso per caso, il rapporto rischio/beneficio derivante dalla ripresa dei trattamenti nell'attuale contesto epidemiologico ed in particolare per quanto attiene pazienti già sottoposti a trapianto (trapianto di midollo allogenico, trapianto periferico di cellule staminali, trapianto non mieloablativo, trapianto di organo solido), pazienti immunocompromessi (bambini: grave sindrome da immunodeficienza, granulomatosi cronica; adulti: grave immunodeficienza da AIDS, leucemia acuta linfoblastica sottoposta ad elevata terapia corticosteroidica, anemia aplastica), pazienti affetti da pneumopatie interstiziali o sottoposti a ventilazione meccanica, pazienti in trattamento chemioterapico, pazienti dializzati, pazienti di età superiore a 65 anni.

Per tali pazienti vengono prese in considerazione variazioni del regime riabilitativo tali da ridurre il rischio di contagio pur preservando almeno parte degli obiettivi del progetto riabilitativo individuale.

Analoghe valutazioni vengono condotte da parte del Medico Competente sull'operatore appartenente alle suddette categorie, in modo che la struttura possa eventualmente definire, in alternativa, uno specifico piano di smart working.

Ulteriori restrizioni di accesso saranno valutate, caso per caso, quando l'utente non sia in grado di rispettare le misure di prevenzione descritte nella Sezione 2, alla quale si rimanda per le specifiche direttive.

## SEZIONE 2 – MISURE DI SICUREZZA E RIORGANIZZAZIONE DEI SERVIZI

Tenuto conto che il contributo alla diffusione del contagio da parte di soggetti inconsapevolmente affetti, in quanto asintomatici e privi di link epidemiologico a casi noti, non è stato ancora determinato, unitamente alle procedure di cui alla precedente sezione è d'obbligo adottare ulteriori misure protettive atte a prevenire la trasmissione da parte di potenziali casi misconosciuti che dovessero accedere alla struttura.

A premessa si ritiene necessario riportare gli effettivi meccanismi di contagio interumano dell'infezione da Sars-CoV-2 sulla base dell'attuale stato delle conoscenze:

- la trasmissione del virus SARS-CoV-2 avviene nella maggior parte dei casi attraverso goccioline - droplets ( $\geq 5 \mu\text{m}$  di diametro) generate dal tratto respiratorio di un soggetto infetto, soprattutto con tosse o starnuti, ed espulse a distanze brevi ( $< 1$  metro); tali goccioline non rimangono sospese nell'aria ma si possono depositare sulle mucose nasali od orali o sulle congiuntive di un soggetto suscettibile soprattutto nel corso di contatti stretti tra persona e persona;
- la trasmissione del virus SARS-CoV-2 può avvenire anche per contatto diretto o indiretto con oggetti o superfici contaminati da secrezioni (saliva, secrezioni nasali, espettorato) di un soggetto infetto, ad esempio attraverso le mani contaminate che toccano bocca, naso o occhi;
- la trasmissione del virus SARS-CoV-2 per via aerogena (ovvero attraverso particelle di dimensioni  $< 5 \mu\text{m}$  che si possono propagare a distanza  $> 1$  metro) non è documentata, ad eccezione di specifiche procedure che possono generare aerosol (ad esempio, intubazione, tracheotomia, ventilazione forzata) se eseguite in un ambiente improprio (non in stanza di isolamento con pressione negativa) e/o in caso di mancato utilizzo di dispositivi di protezione individuali adeguati; due studi recenti hanno dimostrato l'assenza del virus SARS-CoV2 nell'aria nelle immediate vicinanze di pazienti affetti da COVID-19 che avevano carica virale significativa nelle loro secrezioni respiratorie; i dati attualmente disponibili non supportano quindi la trasmissione per via aerea di SARS-CoV-2, per cui recentemente l'OMS ha confermato l'opportunità di adottare le comuni indicazioni utilizzate nel contesto della trasmissione da droplets e da contatto, suggerendo l'uso delle mascherine chirurgiche per l'assistenza sanitaria ai pazienti con COVID-19 e i respiratori facciali per le procedure e i setting a rischio di generazione aerosol;
- pur potendosi manifestare sporadicamente con sintomi intestinali e pur potendo il virus essere presente nelle feci, non sono stati dimostrati casi di trasmissione fecale-orale.

Alla luce di quanto illustrato, le misure atte a ridurre il rischio di trasmissione diretta da parte di soggetti inconsapevolmente contagiosi sono:

- 2.1 favorire l'igiene respiratoria e l'igiene delle mani;
- 2.2 rispettare il distanziamento  $> 1$  metro in tutte le circostanze in cui sia possibile e ridurre al minimo la manipolazione promiscua di superfici, materiali e dispositivi;
- 2.3 utilizzare e smaltire correttamente i dispositivi di protezione individuale adeguati al contesto sanitario specifico.

Le procedure di igienizzazione saranno descritte nella Sezione 3.

## 2.1 Favorire l'igiene respiratoria e l'igiene delle mani

Con riferimento a questa misura le buone prassi utili a contenere il rischio di diffusione del contagio sono descritte di seguito.

- Praticare frequentemente l'igiene delle mani con soluzioni/gel a base alcolica (il lavaggio delle mani può essere attuato con acqua e sapone se non sono disponibili soluzioni/gel a base alcolica, e tale modalità è comunque preferibile se le mani sono visibilmente sporche).

In particolare:

- per tutti (utenti, personale sanitario, personale amministrativo): all'ingresso e all'uscita dalla struttura, dopo aver terminato attività che richiedono il contatto delle mani con superfici, materiali o dispositivi, dopo aver tossito o starnutito o adoperato un fazzoletto sul proprio o altrui naso o bocca, dopo l'utilizzo del WC, prima di mangiare o bere, ed ogni qual volta avvenga un contatto delle proprie mani con le mani altrui o con viso/bocca, saliva/secrezioni nasali/lacrime o altri liquidi biologici propri o altrui;
  - per gli operatori sanitari: ogni volta che vengono indossati e rimossi i dispositivi di protezione individuale, prima e dopo le procedure di sanificazione e l'utilizzo di ausili, e nei cosiddetti "5 momenti fondamentali" ovvero prima e dopo il contatto con il paziente, prima di manovre asettiche (peraltro eccezionali nel nostro contesto), dopo il contatto con liquidi biologici (accidentale nel nostro contesto), dopo il contatto con le superfici in vicinanza del paziente.
- Evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani.
  - Tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato in doppio sacchetto impermeabile in pattumiera chiusa con apertura a pedale.

Gli interventi messi in atto per favorire il rispetto delle suddette buone prassi sono indicati di seguito.

- Programma di formazione per gli operatori.
- Vademecum comportamentale per gli utenti su igiene respiratoria, igiene delle mani, e cough etiquette.
- Informazione tramite cartellonistica relativa a: (i) come frizionare le mani con la soluzione alcolica (da apporre sopra ogni dispenser); (ii) come lavare le mani con acqua e sapone (da apporre sopra ogni lavandino); (iii) i 5 momenti fondamentali per l'igiene delle mani (da apporre nei locali: nursery, zona riposo, sala polifunzionale/refettorio, WC area semiresidenziale); (iv) codice di comportamento (da apporre negli spogliatoi degli operatori, nei locali di vestizione/svestizione dei dispositivi di protezione individuale, nelle palestre, nella sala polifunzionale/refettorio, nell'area triage); (v) procedure di vestizione e svestizione (da apporre nei locali di vestizione/svestizione dei dispositivi di protezione individuale).
- Posizionamento di dispenser di soluzioni igienizzanti idro-alcooliche nei locali di trattamento e valutazione (in quantità proporzionale alle dimensioni), nei corridoi, nei WC, nella zona riposo, nella nursery, negli spogliatoi degli operatori, nei locali di vestizione/svestizione, al front-office, nelle aree triage, nel blocco amministrativo.

- Posizionamento di pattumiere chiuse con apertura a pedale e doppio sacchetto impermeabile nei locali di trattamento e valutazione (in quantità proporzionale alle dimensioni), nei WC, nella zona riposo, nella nursery, negli spogliatoi degli operatori, nei locali di vestizione/svestizione, al front-office, nelle aree triage, nel blocco amministrativo.

## **2.2 Rispettare il distanziamento sociale e ridurre la manipolazione promiscua**

Con riferimento a questa misura, le variazioni procedurali atte a contenere il rischio di diffusione del contagio sono indicate di seguito.

- Al fine di consentire l'esecuzione delle procedure di sanificazione, il funzionamento della struttura prevede due fasce orarie: dalle ore ..... alle ore ..... e dalle ore ..... alle ore .....
- Nel blocco amministrativo, viene modificata la dislocazione delle postazioni di lavoro tale da consentire il rispetto del distanziamento di almeno 1 metro tra gli operatori; tenendo conto della superficie occupata dagli arredi, il numero massimo di operatori contemporaneamente presenti nei diversi locali deve essere: segreteria/ufficio presidenza 1, back office 2, risorse umane 1, direzione amministrativa 1, direzione operativa 2, contabilità e qualità 2.
- Gli orari di servizio degli operatori afferenti al back office vengono ridefiniti di conseguenza oppure vengono adottati piani di smart working.
- Nei corridoi viene apposta la cartellonistica relativa al mantenimento del distanziamento sociale e nei locali quella relativa alle precauzioni standard.
- Nel blocco sanitario, vengono ridefiniti i percorsi di ingresso/uscita dei pazienti in modo da utilizzare i corridoi in un unico senso di marcia (questa misura viene considerata preferibile rispetto allo sfalsamento dei turni di trattamento, in sinergia con l'ulteriore misura di seguito descritta relativa ai periodi di pausa tra i trattamenti), con esplicita indicazione circa il mantenimento della distanza di 1 metro da chi precede che viene esplicitata nel vademecum e richiamata attraverso apposita cartellonistica apposta nei corridoi.
- I pazienti adulti deambulanti e non a rischio caduta vengono indirizzati alla palestra di trattamento dal personale di triage sulla base delle disposizioni fornite quotidianamente dal back office; per facilitare il raggiungimento e riconoscimento delle tre palestre, ad esse viene attribuito un codice cromatico e viene apposta segnaletica interna oltre a planimetria semplificata nel punto di triage.
- I pazienti minori deambulanti e non a rischio caduta vengono accompagnati dal proprio operatore di riferimento dal punto triage al locale di trattamento, rispettando il distanziamento.
- I pazienti minori non deambulanti, adulti non deambulanti e adulti deambulanti ma a rischio di caduta, come identificati dalla Direzione Sanitaria, sono tenuti a presentarsi al punto triage con il proprio ausilio per la mobilità personale, le cui prese manuali verranno sanificate dall'operatore di riferimento prima dell'utilizzo.
- Le sale di attesa vengono utilizzate esclusivamente quali aree di transito.
- Viene interdetto l'utilizzo della stanza riservata agli operatori per consumo di alimenti e bevande; viene valutata la possibilità di allestimento di un'area ristoro esterna organizzata in modo da consentire il mantenimento della distanza di sicurezza.
- Vengono disattivati i distributori automatici di snack e bevande.
- Ove possibile le attività amministrative vengono dematerializzate.

- Ove possibile le comunicazioni interne tra blocco sanitario e blocco amministrativo vengono dematerializzate.
- Viene contingentato l'uso degli spogliatoi del personale con limite di accesso di un operatore per volta.
- Al fine di ridurre il numero di persone contemporaneamente presenti in struttura, viene effettuata una revisione dei turni degli operatori addetti alle attività ambulatoriali individuali e di gruppo.
- La frequenza alle attività semiresidenziali viene consentita ad un massimo di ..... utenti al giorno. Le attività educativo/laboratoriali e riabilitative in gruppo vengono eseguite nei locali ove è possibile rispettare il distanziamento interpersonale. Sulla base delle dotazioni strutturali in essere è stato determinato per ciascuna stanza il numero massimo di utenti che possono essere ivi contemporaneamente presenti: laboratori attività educative n. ..., zona riposo n. ..., sala polifunzionale/refettorio n. ....
- Per ottimizzare la gestione delle attività assistenziali e educative, oltre che per facilitare la ricostruzione a posteriori dei contatti stretti in caso di riscontro di positività COVID-19, vengono definiti moduli per l'assistenza (n. .... operatore assegnato a n. .... utenti) e per le attività educative (n. .... operatore assegnato a n. .... utenti) validi per l'intera settimana lavorativa.
- Viene sospeso il servizio di trasporto (se attivo specificare le modalità di funzionamento del servizio)
- Viene garantito il servizio refezione con il rispetto delle misure di distanziamento interpersonale
- Per le attività ambulatoriali viene introdotto un tempo di pausa di 15 minuti tra un trattamento e l'altro, da impiegare per le procedure di sanificazione.
- Lo svolgimento di attività ambulatoriali di gruppo è consentito unicamente nel locale/palestra ....., per gruppi di massimo n. .... utenti e solo per tipologie di prestazioni e per caratteristiche degli utenti che rendono possibile il rispetto del distanziamento interpersonale.
- Le attività ambulatoriali di riabilitazione neuromotoria e motoria vengono svolte con la presenza contemporanea di massimo n. .... utenti nel locale palestra..... con disposizione delle postazioni di trattamento tale da consentire il rispetto delle misure di distanziamento.
- Nei locali destinati alle attività ambulatoriali di riabilitazione logopedica e neuropsicomotoria, vengono installati divisori in plexiglas sulle scrivanie e viene, inoltre, apposta una segnaletica orizzontale per la suddivisione operativa tra l'area di erogazione del trattamento e l'area di conservazione del materiale già sanificato (si veda più in dettaglio la Sezione 3 a tale proposito).
- Qualora nel corso dell'erogazione dei trattamenti ambulatoriali o della frequenza semiresidenziale l'operatore di riferimento osservi da parte dell'utente il mancato rispetto delle misure preventive, tale da pregiudicare la sicurezza (in particolare per quanto riguarda l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e il rispetto del distanziamento), dovrà segnalarlo alla Direzione Sanitaria che provvederà alla sospensione del trattamento o della frequenza e valuterà modalità alternative di erogazione delle prestazioni.

## **Utilizzare e smaltire correttamente i dispositivi di protezione individuale**

Ferme restando le restrizioni all'accesso in struttura e le misure di igiene delle mani, igiene respiratoria e distanziamento sociale (dove possibile), nell'attuale scenario emergenziale COVID-19 italiano si considera indispensabile l'attuazione di un piano di utilizzo e smaltimento dei dispositivi di protezione individuale (DPI).

Si sottolinea che i DPI devono essere considerati come una misura preventiva efficace solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme d'interventi che comprenda controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici.

Di fondamentale importanza è l'adeguata formazione ed aggiornamento degli operatori nonché l'informazione agli utenti in merito ai rischi di esposizione, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19. Pertanto viene resa obbligatoria la partecipazione (con esito positivo del test certificativo finale) ai corsi della piattaforma telematica dell'Istituto Superiore di Sanità - eduiss.it - ovvero *Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19* (per medici, infermieri, psicologici, professionisti sanitari della riabilitazione), *Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19* (per Operatori di supporto), *Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19* (per Assistenti sociali). Copia del certificato attestante l'avvenuto superamento del test certificativo finale deve essere consegnata alla Direzione del Personale prima del riavvio delle attività aziendali. Al personale con funzioni amministrative viene fornito il materiale didattico (Moduli 1-2-3-4-5-6 del corso *Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID-19*) e spetta al referente aziendale certificarne la preparazione. Inoltre, per tutti gli operatori viene prevista una sessione di formazione obbligatoria sul piano aziendale oltre che per l'esecuzione di esercitazioni pratiche (ad esempio, sulle pratiche corrette per l'igiene delle mani e per la vestizione e svestizione dei dispositivi e DPI).

Per tutte le indicazioni che seguono, ogni dispositivo dovrà essere conforme al Regolamento (UE) 2016/425 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 9 marzo 2016 sui dispositivi di protezione individuale, riportare la marcatura CE (salvo deroghe transitorie, esplicitamente indicate dal Ministero della Salute in relazione a difficoltà di approvvigionamento) e lo standard tecnico di riferimento.

La selezione del tipo di DPI deve tenere conto delle potenziali modalità di trasmissione di SARS-CoV-2 (essenzialmente da droplets e da contatto), del tipo di paziente (per le contestuali misure di restrizione adottare, gli utenti e gli operatori devono comunque essere esenti da sintomatologia) e dal tipo di contatto (se ravvicinato <1 metro, se prolungato > 15 minuti, se ripetuto o continuativo).

Nel nostro contesto operativo sono da escludere manovre e procedure a rischio di produzione di aerosol delle secrezioni respiratorie (rianimazione cardiopolmonare, intubazione, estubazione, broncoscopia, induzione di espettorato, terapie in grado di generare nebulizzazione, NIV, BiPAP, CPAP, tampone nasofaringeo). Il carrello delle emergenze viene comunque dotato di 4 set di DPI utilizzabili per le procedure di soccorso comprendenti filtrante facciale FFP2/FFP3, camice/grembiule impermeabile, guanti monouso (standard EN ISO 374-5:2016 con specifica protezione da virus), occhiali/visiere di protezione. Per le procedure di primo soccorso, viene raccomandato l'utilizzo del pallone Ambu o in alternativa del solo massaggio cardiaco nel soggetto in arresto cardiocircolatorio.

Di seguito vengono indicati in forma tabellare DPI e gli altri dispositivi raccomandati per la prevenzione del contagio da SARSCoV-2 in relazione al contesto di lavoro, alla mansione e al tipo di attività lavorativa in concreto svolta:

Contesto di lavoro	Destinatari	Attività	DPI / altri dispositivi
Tutta la struttura	Operatori e utenti	Frequenza	Mascherina chirurgica <sup>a</sup>
	Operatori	Sanificazione	Camice monouso <sup>b</sup> Guanti monouso <sup>c</sup> Occhiali/visiere di protezione <sup>d</sup> Stivali o scarpe da lavoro chiuse <sup>e</sup>
Area triage	Operatori	Procedure di triage	Guanti monouso <sup>c</sup> Occhiali/visiere di protezione <sup>d</sup> Stivali o scarpe da lavoro chiuse
Front-office	Operatori	Accettazione, pagamenti	Divisori
Blocco sanitario	Operatori	Mediche, riabilitative, infermieristiche, assistenziali	Camice monouso <sup>b</sup> Guanti monouso <sup>c</sup> Occhiali/visiere di protezione <sup>d</sup> Divisor <sup>f</sup>
Assistenza a domicilio	Operatori	Mediche, riabilitative, assistenziali	Camice monouso <sup>b</sup> Guanti monouso <sup>c</sup> Occhiali/visiere di protezione <sup>d</sup> Stivali o scarpe da lavoro chiuse

<sup>a</sup> Le mascherine dovranno essere utilizzate in conformità a quanto previsto dalle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e dell'Istituto Superiore di Sanità. La mascherina dovrà essere indossata da tutti (operatori ed utenti) prima dell'ingresso in struttura, e rimossa e smaltita (solo dagli operatori) prima di lasciare la struttura. La durata massima di utilizzo, oltre la quale è necessario provvedere alla sostituzione, è di 6 ore consecutive (salvo la mascherina non sia danneggiata, contaminata o umida).

<sup>b</sup> I camici monouso andranno utilizzati esclusivamente per l'esecuzione delle procedure mediche, infermieristiche, riabilitative e assistenziali in cui il contatto diretto sia necessario o non possa essere escluso a priori, così come durante l'esecuzione delle procedure di sanificazione, ed andranno sostituiti e smaltiti al termine di ciascun utilizzo.

<sup>c</sup> L'utilizzo dei guanti è obbligatorio limitatamente alle seguenti procedure: (a) assistenza all'utente nell'utilizzo del WC, nell'igiene personale, nella vestizione/svestizione, nell'assunzione di cibo e bevande, nei passaggi posturali; (b) eventuali procedure mediche, infermieristiche e riabilitative che comportino l'accesso diretto delle mani dell'operatore al viso del paziente o determinino per la natura della procedura o per caratteristiche del paziente la possibilità di esposizione a liquidi biologici o secrezioni del paziente; (c) procedure di sanificazione – prima e dopo l'utilizzo dei guanti deve essere eseguita l'igiene delle mani con soluzioni/gel a base alcolica (o il lavaggio delle mani con acqua e sapone se le mani sono visibilmente sporche e se non sono disponibili soluzioni/gel a base alcolica). L'utilizzo dei guanti è inoltre obbligatorio per operatori ed utenti la cui cute delle mani non sia integra ed è fortemente raccomandato (con opportuna scelta della composizione del guanto) per operatori e utenti suscettibili di dermatiti irritative o allergiche da contatto.

<sup>d</sup> Gli occhiali/visiere di protezione dovranno essere indossati prima dell'inizio del turno e andranno sanificati al termine del turno di lavoro oppure in caso di evidente contaminazione da schizzi di materiale organico o sostanze chimiche.

<sup>e</sup> Valido esclusivamente per gli operatori addetti alla sanificazione giornaliera, settimanale e mensile di ambienti e impianti aeraulici. Sono esclusi pertanto tutti gli operatori che provvedono più volte al giorno alla sanificazione della propria postazione di lavoro e dei materiali/dispositivi utilizzati.

<sup>f</sup> Dove indicato (si veda il paragrafo relativo al distanziamento sociale).

Lo smaltimento dei DPI in questo contesto sanitario prevede che siano considerati come rifiuti indifferenziati e pertanto raccolti e conferiti insieme come tali, attenendosi alle procedure vigenti sul territorio.



### SEZIONE 3 – PROCEDURE DI IGIENIZZAZIONE

In letteratura diverse evidenze hanno dimostrato che i Coronavirus, inclusi i virus responsabili della SARS e della MERS, possono persistere sulle superfici inanimate in condizioni ottimali di umidità e temperatura. Più di recente, sono stati prodotti dati sperimentali indicativi della capacità di persistenza del virus SARS-CoV-2 fino a 72 ore su plastica, 48 ore su acciaio inossidabile e 24 ore su cartone, con decadimento esponenziale del titolo virale nel tempo. Un ruolo delle superfici contaminate nella trasmissione di infezioni dovute al virus SARS-CoV-2 è pertanto ritenuto possibile, anche se non dimostrato.

Allo stesso tempo però le evidenze disponibili hanno dimostrato che i suddetti virus sono efficacemente inattivati da adeguate procedure di sanificazione che includano l'utilizzo dei comuni disinfettanti di uso ospedaliero, quali ipoclorito di sodio (0.1% -0,5%), etanolo (62-71%) o perossido di idrogeno (0.5%), per un tempo di contatto adeguato. Non vi sono al momento motivi che facciano supporre una minore suscettibilità ai disinfettanti sopramenzionati da parte del SARS 2-CoV.

In accordo con quanto suggerito dall'OMS ("sono procedure efficaci e sufficienti una pulizia accurata delle superfici ambientali con acqua e detergente seguita dall'applicazione di disinfettanti comunemente usati a livello ospedaliero come l'ipoclorito di sodio"), la circolare n. 5443 del 22 febbraio 2020 del Ministero della Salute ha quindi fornito esplicita indicazione alla pulizia con acqua e sapone e successivamente alla disinfezione con una soluzione di ipoclorito di sodio diluita allo 0,1% e con alcool etilico al 70% per superfici che possono essere danneggiate dall'ipoclorito di sodio. In alternativa, possono essere utilizzati altri prodotti autorizzati alla commercializzazione in Italia ai sensi del Comunicato del Ministero della Salute del 6 aprile 2020.

Nonostante la trasmissione del virus SARS-CoV-2 per via aerogena (ovvero attraverso particelle di dimensioni <5 µm che si possono propagare a distanza > 1 metro) non sia documentata, in questo piano aziendale vengono recepite le indicazioni dell'ISS relative alla salubrità dell'aria negli ambienti indoor e le disposizioni relative alla sanificazione degli impianti aerulici per la climatizzazione degli ambienti riportate nell'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale Abruzzo n. 42 del 20 aprile 2020.

Alla luce di quanto illustrato, le misure atte a ridurre il rischio di trasmissione indiretta mediante superfici contaminate e per via aerogena sono:

- 3.1 provvedere alla sanificazione di ambienti, superfici e materiali con metodi e periodicità appropriati;
- 3.2 garantire adeguata qualità e ricambio dell'aria indoor.

Il personale coinvolto a vario titolo nelle procedure di sanificazione è tenuto a rispettare i protocolli di utilizzo dei DPI già indicati nella Sezione 2. Analoga disposizione vale per gli operatori di ditte esterne deputati alle procedure di sanificazione periodica e di manutenzione degli impianti aerulici.

#### 3.1 Procedure di sanificazione

Prima di procedere alla definizione del piano dettagliato di sanificazione, è opportuno specificare alcune definizioni che verranno successivamente utilizzate.

##### Definizioni

**Pulizia quotidiana.** Attività che riguarda il complesso di procedimenti e operazioni atti a rimuovere ed asportare rifiuti, polveri e sporco di qualsiasi natura, dalle superfici di ambienti confinati e non confinati. In particolare, per detergenza si intende l'operazione volta all'eliminazione dai substrati di qualsiasi traccia

di sporco presente, in modo da renderli otticamente puliti, tramite un'azione chimica, un'adeguata azione meccanica ed un determinato tempo d'azione, senza alterarne le caratteristiche fisiche. La pulizia quotidiana riguarda tutte le superfici dure, resilienti e tessili (in particolar modo quelle toccate più di frequente come porte, maniglie, finestre, vetri, tavoli, interruttori della luce, servizi igienici, rubinetti, lavandini, scrivanie, sedie, tasti, tastiere, telecomandi, stampanti), sia orizzontali che verticali, ad esclusione delle superfici interne degli arredi, fino ad un'altezza massima di 2 metri e facilmente accessibili. Prevede l'utilizzo di panni in microfibra, diversi per ciascun tipo di oggetto/superficie, inumiditi con acqua e detergente neutro.

**Disinfezione giornaliera/plurigiornaliera.** Procedura che ha lo scopo di eliminare o distruggere i microrganismi patogeni su oggetti inanimati mediante l'applicazione di idonei agenti fisici o chimici. In questo contesto si utilizzeranno soluzioni di ipoclorito di sodio (diluizione allo 0,5% di cloro attivo per i servizi igienici, allo 0,1% di cloro attivo per tutti le altre superfici) o di alcool etilico al 70% limitatamente alle superfici che possono essere danneggiate dall'ipoclorito di sodio.

**Sanificazione periodica.** L'insieme delle operazioni necessarie per l'eliminazione di qualsiasi traccia di sporco e polvere da tutte le superfici dure, resilienti e tessili sia orizzontali che verticali, comprese le operazioni integrative volte all'eliminazione dello sporco penetrato in profondità nelle superfici porose, anche ad un'altezza superiore a 2 metri, nonché da tutte le superfici difficilmente accessibili durante la pulizia quotidiana. Al termine delle procedure di pulizia/detersione viene effettuata la disinfezione.

#### Aree di rischio

Ai fini dell'adeguatezza degli interventi di sanificazione, gli ambienti vengono classificati, in funzione della destinazione d'uso dell'ambiente stesso e dei flussi dei fruitori dei locali, in macro-aree di rischio infettivo. Per la natura delle attività svolte presso la nostra struttura, vengono identificate:

**Aree a medio rischio infettivo (MR).** Ambienti, aree, ascensori, scale e corridoi coinvolti nei processi di diagnosi e cura senza utenza particolarmente a rischio o che non prevedono pratiche e procedure assistenziali altamente invasive, servizi igienici del personale o dell'utenza.

**Aree a basso rischio infettivo (BR).** Ambienti, aree, ascensori, scale e corridoi non direttamente coinvolti nelle pratiche assistenziali quali uffici amministrativi e tecnici, archivi, locali tecnici accessibili, stanze non adibite alle attività sanitarie, spazi connettivi ed altri ambienti (portineria e spazi adiacenti, atrii e corridoi di ingresso esterni alle aree sanitarie, depositi rifiuti e biancheria sporca, magazzini economici), spogliatoi.

**Aree a rischio infettivo tendente a 0 (NR).** Aree esterne e perimetrali accessibili (Rampe e atrii di accesso agli ingressi e loro adiacenze, uscite di emergenza, marciapiedi, pensiline, porticati, viali, piazzali, zona sosta ambulanze, terrazzi, balconi, scale esterne e di sicurezza), aree esterne non accessibili (pozzi luce, cortili non accessibili, vani tecnici perimetrali), parcheggi e viabilità carraia, locali sotterranei, centrali termiche ed elettriche, sottotetti, intercapedini, vie di fuga.

I protocolli di sanificazione delle aree a medio rischio infettivo dovrebbero essere differenziati anche per la tipologia dei pazienti che transitano in quei locali, tuttavia in questa prima fase sono stati adottati criteri restrittivi circa le categorie di pazienti considerati a rischio infettivo altissimo, alto o aumentato (si veda la Sezione 1), per cui i metodi e la frequenza di pulizia e sanificazione/disinfezione di seguito indicati sono classificati unicamente per area di rischio.

Di seguito il quadro sinottico delle procedure di sanificazione previste:

Area	Operatore	Procedura	Frequenza/orario
L'intera struttura (inclusi area triage, ringhiere e corrimani esterni)	Ditta esterna	Sanificazione periodica	Una volta prima della riapertura; dalla riapertura in poi una volta al mese
	Ditta esterna	Disinfezione giornaliera	Una volta al giorno (fascia oraria.....)
Locali destinati all'esecuzione di procedure sul paziente (visite mediche, trattamenti riabilitativi, procedure infermieristiche e assistenziali)	L'operatore che esegue la procedura sul paziente	Disinfezione plurigiornaliera dei materiali e delle superfici utilizzate dal paziente incluse le maniglie eventualmente utilizzate	Al termine di ogni procedura
Blocco sanitario (oltre ai locali destinati alle procedure sul paziente, include tutte le aree di transito come corridoi, scale ed ascensore)	OSS	Pulizia quotidiana	1 volta al giorno (fascia oraria.....)
Refettorio	OSS	Disinfezione plurigiornaliera	Prima e dopo il pasto
Stanze non adibite a procedure sul paziente (es. stanza psicologo/assistente sociale, front-office), blocco amministrativo	L'operatore che utilizza la stanza	Disinfezione della postazione di lavoro	Al termine del proprio turno di lavoro
	OSS	Pulizia quotidiana	1 volta al giorno (fascia oraria.....)
Spogliatoi, aree di vestizione/svestizione, archivio, locali tecnici accessibili	OSS	Pulizia quotidiana	1 volta al giorno (fascia oraria .....)
WC	OSS (in caso di utilizzo del paziente) Operatore (in caso di utilizzo dell'operatore)	Disinfezione delle superfici utilizzate	Dopo ogni utilizzo

### 3.2 Procedure relative agli impianti aeraulici

Viene data indicazione agli operatori (sia nel corso di formazione aziendale che mediante apposita cartello-nistica) di mantenere aperte le finestre durante tutte le procedure di sanificazione (incluse quelle eseguite durante le pause di 15' tra i trattamenti) e nelle fasce orarie 13-14 e 19-20.

I locali senza finestre (spogliatoi del personale) sono dotati di estrattori che vengono mantenuti in funzione quotidianamente dalle ore ..... alle ore .....

Il funzionamento dell'impianto di Ventilazione Meccanica Controllata (VMC) viene impostato come segue:

ingresso ed estrazione dell'aria vengono mantenuti attivi 24 ore su 24, 7 giorni su 7; la funzione di ricircolo dell'aria viene eliminata totalmente. Gli interventi programmati di monitoraggio e manutenzione, inclusa la pulizia a cadenza mensile e la sostituzione semestrale del pacco filtrante (classe di efficienza CEN EN779-2012: G4, UNI EN ISO 16890:2016), vengono eseguiti dalla ditta esterna.....e annotati nel registro di manutenzione. Prima della riapertura della struttura viene eseguita la pulizia dei filtri, riportata nell'apposito registro, e viene rilasciata una relazione tecnica circa le necessità di sanificazione dell'impianto.

Non si considera possibile tenere fermi gli impianti riscaldamento/raffrescamento (termoconvettori) senza pregiudicare le prestazioni e il benessere fisico e mentale dei lavoratori. Viene pertanto pianificata la pulizia settimanale, ad impianto fermo, dei filtri dell'aria di ricircolo, mediante lavaggio con acqua e detergente neutro oppure aspirazione in base alla tipologia (si fa riferimento alle indicazioni del produttore); un primo intervento in tal senso viene effettuato prima della riapertura della struttura. Non verranno utilizzati disinfettanti direttamente sul filtro per evitare l'inalazione di composti organici volatili durante il funzionamento. Viene predisposto apposito registro.

## **SEZIONE 4 - MONITORAGGIO**

Il monitoraggio delle misure implementate viene effettuato mediante parametri quantitativi classificati in:

- indicatori di processo: informano che il processo è stato erogato, o meno, in maniera appropriata secondo quanto definito dagli standard di riferimento indicati nella relativa Sezione;
- indicatori di esito: Informano che il processo assistenziale è stato erogato, o meno, in maniera appropriata secondo quanto definito da standard di riferimento.

Il Comitato per la Prevenzione e Controllo Aziendale analizza i dati raccolti attraverso le procedure di seguito indicate ed elabora report settimanali.

Il Comitato provvede anche ad una analisi degli incidenti, nel caso di diffusione di contagio a partire da un caso indice appartenente alle categorie di utente o di operatore.

### **Attività formative per il personale**

Come indicatori di processo vengono raccolti:

- gli attestati di formazione FAD sul sito eduiss.it (eccetto per il personale amministrativo, per il quale è necessario che il RA attesti il raggiungimento di un adeguato livello formativo, ad esempio mediante intervista telefonica standardizzata);

Come indicatore di esito viene valutata l'aderenza alle direttive aziendali dell'operatore o degli operatori coinvolti nelle circostanze di un caso sospetto, per la valutazione di eventuali mancanze attribuibili ad erroneo o insufficiente recepimento di quanto contenuto nei programmi formativi.

### **Limitazioni di accesso e misure di sorveglianza**

Come indicatori di processo vengono registrati:

- le assenze degli utenti legate a presenza di elementi ostativi specifici (quarantena/isolamento, elementi ostativi emergenti dal questionario autocompilato);
- le assenze degli operatori legate a presenza di elementi ostativi specifici (quarantena/isolamento, elementi ostativi emergenti dal questionario autocompilato);
- gli operatori e gli utenti che non superano le procedure di triage.

Vengono predisposti appositi registri (il primo dato viene rilevato dal back office, il secondo dalla Direzione del Personale, il terzo dal personale addetto al Triage).

L'obiettivo delle procedure restrittive attuate mediante autocertificazione, automonitoraggio e triage è anche di prevenire che durante la permanenza in struttura (o durante l'accesso al domicilio) l'utente o l'operatore manifestino segni e sintomi di infezione respiratoria che obbligano all'isolamento e segnalazione del caso o all'interruzione delle attività lavorativo o dell'erogazione della prestazione sanitaria.

Pertanto come indicatori di esito delle suddette procedure vengono valutati:

- i casi sospetti (che hanno richiesto isolamento e segnalazione) di operatori e utenti;
- le interruzioni dell'attività lavorativa e delle prestazioni sanitarie (che non hanno richiesto isolamento e segnalazione).

Viene predisposto apposito registro di segnalazione, che deve essere compilato dalla Direzione Sanitaria.

### **Misure di sicurezza e riorganizzazione dei servizi**

Come indicatori di processo vengono utilizzati:

- prima della riapertura della struttura, lo strumento “Igiene delle mani. Framework per l’Autovalutazione 2010” per la valutazione dei livelli di promozione e pratica di igiene delle mani all'interno delle strutture sanitarie (edizione italiana a cura della Regione Emilia-Romagna, come traduzione del documento originale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, il cui utilizzo può essere esteso a livello nazionale come da indicazione dell’ISS);
- dopo la riapertura della struttura, una checklist compilata, secondo calendario predisposto, dai membri del Comitato mediante verifica diretta, a campione, dell’adesione alle seguenti misure: rispetto dei limiti di presenza di operatori/utenti per ciascun locale del blocco amministrativo e di quello sanitario; rispetto del distanziamento sociale; utilizzo corretto dei DPI, per ciascuna tipologia di operatore e di procedura.

Come indicatore di esito verrà valutato, dopo 14 giorni dal riscontro di un caso indice appartenente alle categorie di utente o di operatore, il numero delle positività riscontrate tra i contatti stretti (utenti ed operatori) avvenuti nell’ambito dell’attività aziendale.

### **Procedure di igienizzazione**

Non potendosi identificare uno specifico indicatore di esito microbiologico per l’indisponibilità di procedure e metodi validati per la rilevazione della presenza/carica del Sars-Cov-2 negli ambienti, vengono utilizzati solo indicatori di processo, ovvero verrà valutato lo scostamento tra interventi previsti ed interventi effettuati per ciascuna tipologia prevista nella Sezione 3. Viene quindi istituito un registro di interventi per ciascuno degli ambienti indicati nella Sezione 3, ed ogni operatore (o attuatore di ditta esterna) dovrà apporre una firma autografa leggibile in ogni occasione in cui esegue la procedura cui è deputato.

## *Riferimenti*

### **Articoli, testi e trattati scientifici**

Booth TF, Kournikakis B, Bastien N, et al. Detection of airborne severe acute respiratory syndrome (SARS) coronavirus and environmental contamination in SARS outbreak units. *J Infect Dis*. 2005;191(9):1472–1477. doi:10.1086/429634.

Chan JFW, Yuan S, Kok KH, To KK, Chu H, Yang J, et al. A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster. *Lancet*. 2020;395(10223):514-23.

Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. *Lancet*. 2020;395:507–13. doi:10.1016/S0140-6736(20)30211-7.

Cheng V, Wong S-C, Chen J, Yip C, Chuang V, Tsang O, et al. Escalating infection control response to the rapidly evolving epidemiology of the Coronavirus disease 2019 (COVID-19) due to SARS-CoV-2 in Hong Kong. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2020 Mar 5 [Epub ahead of print].

Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H et al. for the Washington State 2019-nCoV Case Investigation Team. First case of 2019 novel coronavirus in the United States. *N Engl J Med*. 2020. Jan 31. doi:10.1056/NEJMoa2001191.

Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. *Lancet*. 2020;395:497–506. doi:10.1016/S0140-6736(20)30183-5.

Kampf G, Todt d, Pfaender S, Steinmann E. Persistence of coronaviruses on inanimate surfaces and their inactivation with biocidal agents. *Journal of Hospital Infection* 104 (2020) 246e251.

Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2000. ISBN 978-0-309-06837-6. DOI 10.17226/9728.

Ong SW, Tan YK, Chia PY, Lee TH, Ng OT, Wong MS, et al. Air, surface environmental, and personal protective equipment contamination by severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV2) from a symptomatic patient. *JAMA*. 2020.

Schwartz KL, Murti M, Finkelstein M, Leis J, Fitzgerald-Husek A, Bourns L, et al. Lack of COVID-19 Transmission on an International Flight. *CMAJ*. Published on: 24 February 2020.

Tellier R, Li Y, Cowling BJ, Tang JW. Recognition of aerosol transmission of infectious agents: a commentary. *BMC Infect Dis*. 2019;19(1):101. Published 2019 Jan 31. doi:10.1186/s12879-019-3707-y.

van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Brandi N, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England Journal of Medicine*. Published on: 17 March 2020. DOI: 10.1056/NEJMc2004973.

Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. *JAMA*. 2020. Feb 7. doi:10.1001/jama.2020.1585.

William G. Lindsley a , William P. King b , Robert E. Thewlis a , Jeffrey S. Reynolds a , Kedar Panday c , Gang Cao a & Jonathan V. Szalajda. Dispersion and Exposure to a Cough-Generated Aerosol in a Simulated

Medical Examination Room. Journal of Occupational and Environmental Hygiene. Journal of Occupational and Environmental Hygiene, 9: 681–690 ISSN: 1545-9624 print / 1545-9632 online 2012.

Xiao E, Tang M, Zheng Y, Li C, He J, Hong H, et al. Evidence for gastrointestinal infection of SARSCoV. medRxiv. doi:10.1101/2020.02.17.20023721.

Xiao Y, Torok ME. Taking the right measures to control COVID-19 [published online ahead of print, 2020 Mar 5]. Lancet Infect Dis. 2020;S1473-3099(20)30152-3. doi:10.1016/S1473-3099(20)30152-3.

### **Documenti dell'Istituto Superiore di Sanità**

Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – COVID-19. 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.)

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)

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 28 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n.2/ 2020 Rev.)

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 23 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/ 2020)

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 14 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n.3/ 2020)

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)

### **Sitografia**

#### *Siti di istituzioni italiane*

Epicentro - sito dell'Istituto Superiore di Sanità per gli operatori sanitari dedicato all'epidemiologia per la sanità pubblica e alla promozione della salute, sezione dedicata al COVID-19.

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

Sito del Ministero della Salute, sezione dedicata al COVID-19.

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

Sito del Ministero degli Interni, sezione dedicata al COVID-19.

<https://www.interno.gov.it/it/speciali/coronavirus>

#### *Siti di istituzioni sanitarie internazionali e siti di istituzioni sanitarie nazionali di stati esteri*

Sito dell'Agenzia European Centre for Disease Prevention and Control, sezione dedicata al COVID-19. <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>



ECDC. Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19 – first update, 8 aprile 2020.

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-guidance-discharge-and-ending-isolation-first%20update.pdf>

ECDC. Technical report - Infection prevention and control for COVID-19 in healthcare settings. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-infection-prevention-and-controlhealthcare-settings-march-2020.pdf>

ECDC. Case definition for EU surveillance of COVID-19, as of 25 February 2020. <https://www.ecdc.europa.eu/en/case-definition-and-european-surveillance-human-infection-novel-coronavirus-2019-ncov>

Sito della World Health Organization, sezione dedicata al COVID-19.

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

WHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 66. SUBJECT IN FOCUS: COVID-19 virus persistence: Implications for transmission and precaution recommendations 26 March 2020. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200326-sitrep-66-covid-19.pdf?sfvrsn=9e5b8b48\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200326-sitrep-66-covid-19.pdf?sfvrsn=9e5b8b48_2)

WHO. Advice on the use of masks in the context of COVID-19. Interim guidance 6 April 2020. [https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)-outbreak](https://www.who.int/publications-detail/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak)

WHO. Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Infection prevention and control. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/infectionprevention-and-control>

WHO. Infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory infections in health care. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112656>

WHO. Igiene delle mani – Framework per l'autovalutazione 2010. [https://www.who.int/gpsc/country\\_work/gpsc\\_hsa\\_it.pdf](https://www.who.int/gpsc/country_work/gpsc_hsa_it.pdf)

WHO. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) 16-24 February 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Mar 6]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-oncovid-19-final-report.pdf>

Sito del Centers for Disease Control (CDC), sezione dedicata al COVID-19.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/>

Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Healthcare Settings.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019ncov/infection-control/control-recommendations.html>

Respiratory Hygiene/Cough Etiquette in Healthcare Settings.

<https://www.cdc.gov/flu/professionals/infectioncontrol/resphygiene.htm>

When to use a surgical face mask or FFP3 respirator.

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/fil](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/fil)

[e/874 310/PHE\\_11606\\_When\\_to\\_use\\_face\\_mask\\_or\\_FFP3\\_02.pdf](#)

COVID-19: Guidance for infection prevention and control in healthcare settings. Version 1.0.

[https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/874316/Infection\\_prevention\\_and\\_control\\_guidance\\_for\\_pandemic\\_coronavirus.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/874316/Infection_prevention_and_control_guidance_for_pandemic_coronavirus.pdf)

Guidance on infection prevention and control for COVID-19.

<https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-infection-prevention-and-control>

Interim guidelines for the clinical management of COVID-19 in adults Australasian Society for Infectious Diseases Limited (ASID). <https://www.asid.net.au/documents/item/1873>

Coronavirus disease (COVID-19): For health professionals.

<https://www.canada.ca/en/publichealth/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/health-professionals.html>

### **Provvedimenti emanati dalla Presidenza del Consiglio e/o dal Ministero della Salute**

Circolare del ministero della Salute del 23/04/2020 – Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza.

Circolare del Ministero della Salute del 18/04/2020 - Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie.

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

Comunicato del Ministero della Salute del 06/04/2020 - Procedure di autorizzazione alla commercializzazione e alla produzione di prodotti disinfettati in Italia (PT1/PT2) - Immissione in commercio disinfettanti. <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=73819>

Circolare del Ministero della Salute del 30/03/2020 - Chiarimenti Rif. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73775&parte=1%20&serie=null>

Circolare del Ministero della Salute del 29/03/2020 - 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" aggiornato al 28 marzo 2020.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73770&parte=1%20&serie=null>

Circolare del Ministero della Salute del 27/03/2020 - Raccomandazioni per la gestione dei pazienti immunodepressi residenti nel nostro Paese in corso di emergenza da COVID-19.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73753&parte=1%20&serie=null>

Circolare del Ministero della Salute del 25/03/2020 - Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19.

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

Circolare del Ministero della Salute del 18/03/2020 - Verifica dei requisiti di qualità e sicurezza delle

mascherine facciali ad uso medico (DM) e dei dispositivi di protezione individuale (DPI).

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73706&parte=1%20&serie=null>

Circolare del Ministero della Salute del 18/03/2020 - Disinfezione degli ambienti esterni e utilizzo di disinfettanti (ipoclorito di sodio) su superfici stradali e pavimentazione urbana per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73700&parte=1%20&serie=null>

Circolare del Ministero della Salute del 18/03/2020 - Polmonite da nuovo coronavirus COVID-19, ulteriori informazioni e precauzioni ed indicazioni operative su utilizzo DPI.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73704&parte=1%20&serie=null>

Decreto Legge del 17 marzo n.18 - Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

<http://www.protezionecivile.gov.it/amministrazione-trasparente/provvedimenti/-/content-view/view/1231723>

Circolare del Ministero della Salute del 16/03/2020 - Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile in corso di emergenza da COVID-19.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73675&parte=1%20&serie=null>

Ordinanza del Ministero della Salute del 15/03/2020 - COVID-19, importazione di strumenti e apparecchi sanitari, dispositivi medici e dispositivi di protezione individuale.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=73721>

Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 negli ambienti di lavoro. Sottoscritto il 14 marzo 2020 dalle organizzazioni sindacali e datoriali su invito del Presidente del Consiglio, e dei Ministri dell'Economia, del Lavoro, dello Sviluppo economico e della Salute.

[http://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/protocollo\\_condiviso\\_20200314.pdf](http://www.governo.it/sites/new.governo.it/files/protocollo_condiviso_20200314.pdf)

Circolare del Ministero della Salute del 13/03/2020 - Emergenza epidemiologica da Covid-19: Mascherine in TNT.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73665&parte=1%20&serie=null>

Circolare del Ministero della Salute del 09/03/2020 - COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73669&parte=1%20&serie=null>

Decreto legge del 02 marzo 2020, n. 9 - Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

<http://www.protezionecivile.gov.it/amministrazione-trasparente/provvedimenti/-/content-view/view/1221838>

Documento del Ministero della Salute del 28/02/2020 - Definizione di "Paziente guarito da Covid-19" e di "Paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2".

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73458&parte=1%20&serie=null>

Circolare del Ministero della Salute del 27/02/2020 - Documento relativo ai criteri per sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca d'infezione da SARS-CoV-2 attraverso tampone rino-faringeo e test diagnostico.

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73444&parte=1%20&serie=null>

Ministero della Salute - Circolare n. 5443 del 22 febbraio 2020

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73195&parte=1%20&serie=null>

**Ordinanze, normativa e documenti Regione .....**

### **Altre fonti**

Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL). Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione. <https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-documento-tecnico-coronavirus-fase-2.pdf>

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere. Linea guida sulla valutazione del processo di sanificazione ambientale nelle strutture ospedaliere e territoriali per il controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA). Copyright © 2018

REGOLAMENTO (UE) 2016/425 del Parlamento Europeo e del Consiglio sui dispositivi di protezione individuale. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32016R0425&from=EN>

Da completare e integrare