

Linee guida per la gestione delle emergenze sanitarie nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)

Guidelines for managing health emergencies in nursing homes

La prassi di riferimento fornisce le modalità di gestione delle emergenze sanitarie nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), con riferimento anche all'emergenza legata al COVID-19. Il documento riporta, in modo organizzato, le indicazioni emanate al momento della pubblicazione della presente prassi, dagli Enti e dalle Istituzioni per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA).

I contenuti della stessa non sono da ritenersi applicabili a RSA COVID-19 (RSA destinate a pazienti COVID che non necessitano di cure ospedaliere) e sono da ritenersi integrativi e non sostitutivi di eventuali altri documenti emanati dalle Autorità.

Il documento è rivolto al personale di Direzione delle RSA, ai Risk Manager e agli operatori sanitari, socio assistenziali e assistenziali operanti nel settore.

Pubblicata il 22 giugno 2022

ICS 03.080

AiisA
Qualità è conoscenza



ORDINE DEGLI INGEGNERI
DELLA PROVINCIA DI
FROSINONE



ORDINE DEGLI
INGEGNERI
DELLA PROVINCIA DI
RIETI



uni
UN MONDO FATTO BENE





© UNI
Via Sannio 2 – 20137 Milano
Telefono 02 700241
www.uni.com – uni@uni.com

Tutti i diritti sono riservati.

I contenuti possono essere riprodotti o diffusi (anche integralmente) a condizione che ne venga data comunicazione all'editore e sia citata la fonte.

Documento distribuito gratuitamente da UNI.

PREMESSA

La presente prassi di riferimento UNI/PdR 129:2022 non è una norma nazionale, ma è un documento pubblicato da UNI, come previsto dal Regolamento UE n.1025/2012, che raccoglie prescrizioni relative a prassi condivise all'interno dei seguenti soggetti firmatari di un accordo di collaborazione con UNI:

A.I.I.S.A. (Associazione Italiana Igienisti Sistemi Aeraulici)

Via Luigi Calamatta, 16

00193 Roma

Federazione Ingegneri Lazio

Piazza Celli, 3

04100 Latina

La presente prassi di riferimento è stata elaborata dal Tavolo “UNI/PdR Gestione delle emergenze sanitarie nelle RSA” condotto da UNI, costituito dai seguenti esperti:

Lia Tozzi – Project Leader (Ordine Ingegneri Provincia di Rieti, To.Do. Srls)

Ancona Cristina (Struttura sanitaria - Sistema gestione Qualità)

Angusti Daniele (UNI/CT 044 "Tecnologie biomediche e diagnostiche")

Borgognoni Pietro (A.I.I.S.A., MITSA Srl)

D'Orinzi Marco (To.Do. Srls)

Savino Guglielmi (Studio Legale Mancini)

Lanzara Guido (Clinical Risk Manager)

Ledda Caterina (Bureau Veritas Italia SpA - Health&Social Care Leader Certification Division)

Locusta Loredana (Struttura sanitaria - Neuropsicologia clinica)

Notarangelo Valentino (Data Protection Officer)

Pascasi Vitaliano (Ordine degli Ingegneri della Provincia di Rieti)

Pol Giovanni Andrea (Federazione degli Ordini degli Ingegneri del Lazio, Ordine degli Ingegneri di Latina)

Squintu Sonia (Ludwing Ingegneria e Architettura Srl)

Tramontano Marco (Struttura sanitaria - Direzione area riabilitativa)

Vecellio Reane Lucia (Struttura sanitaria - Direzione Area Infermieristica)

La presente prassi di riferimento è stata ratificata dal Presidente dell'UNI ed entra in vigore il 22 giugno 2022.

Le prassi di riferimento, adottate esclusivamente in ambito nazionale, rientrano fra i “prodotti della normazione europea”, come previsti dal Regolamento UE n.1025/2012, e sono documenti che introducono prescrizioni tecniche, **elaborati** sulla base di un rapido processo ristretto ai soli autori, sotto la conduzione operativa di UNI.

Le prassi di riferimento sono disponibili per un periodo non superiore a 5 anni, tempo massimo dalla loro pubblicazione entro il quale possono essere trasformate in un documento normativo (UNI, UNI/TS, UNI/TR) oppure devono essere ritirate.

Chiunque ritenesse, a seguito dell'applicazione della presente prassi di riferimento, di poter fornire suggerimenti per un suo miglioramento è pregato di inviare i propri contributi all'UNI, Ente Italiano di Normazione, che li terrà in considerazione.

SOMMARIO

INTRODUZIONE	5
1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE.....	7
2 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI	7
3 TERMINI, DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	7
3.1 TERMINI E DEFINIZIONI	7
3.2 ABBREVIAZIONI	11
4 PRINCIPIO	12
5 PIANIFICAZIONE	12
5.1 GENERALITÀ	12
5.2 ANALISI DEL CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE	12
5.3 LEADERSHIP, CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE DEI LAVORATORI	13
5.3.1 GENERALITÀ	13
5.3.2 MODIFICHE ORGANIZZATIVE (CCICA E COMITATI)	13
5.3.3 CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE NEI CONTESTI EMERGENZIALI	15
5.3.4 RESPONSABILITÀ DEI PROFESSIONISTI SANITARI	16
5.4 RISK MANAGEMENT	16
5.4.1 RISCHIO CLINICO.....	17
5.4.2 SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	18
6 LUOGHI DI LAVORO	19
6.1 GENERALITÀ	19
6.2 LUOGHI DI LAVORO FISICI	19
6.3 LAVORO AGILE.....	20
6.4 LAVORO DOMICILIARE - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI).....	20
6.5 LAVORO IN PIÙ LUOGHI	21
7 GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE.....	21

7.1	GENERALITÀ	21
7.2	GESTIONE DEGLI AMBIENTI CHIUSI (INDOOR)	21
7.3	IMPIANTI DI VENTILAZIONE E CLIMATIZZAZIONE	23
7.3.1	VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI MICROCLIMATICHE AMBIENTALI.....	23
7.3.2	PARAMETRI PER IL CALCOLO DELLA PROBABILITÀ DI CONTAGIO DA VIRUS SARS-COV2-19	24
7.4	ACQUA E SERVIZI IGIENICI	25
7.5	MISURE PREVENTIVE PER LA GESTIONE DEGLI IMPIANTI	26
7.6	GESTIONE STRUMENTI ED ATTREZZATURE	26
8	PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE.....	27
8.1	RESILIENZA E CONTINUITÀ OPERATIVA.....	27
8.2	APPLICAZIONE E INTENSIFICAZIONE DELLE PRECAUZIONI DI RIFERIMENTO.....	29
8.3	GESTIONE MENSE AZIENDALI	29
8.4	APPROVVIGIONAMENTO	30
8.5	DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE	33
8.6	PROTEZIONE DEI DATI NEGLI SCENARI EMERGENZIALI	36
8.7	COMPETENZA E CONSAPEVOLEZZA	39
9	PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE ORGANIZZATIVE E DI EVENTUALI RESTRIZIONI	41
9.1	GESTIONE ACCESSI DI PERSONE ESTERNE ALL'ORGANIZZAZIONE E DELLE USCITE DEGLI OSPITI	41
9.2	PERCORSI.....	44
9.3	LAVANDERIA E SERVIZIO DI LAVANOLO	45
9.4	SANIFICAZIONE	47
9.5	SOMMINISTRAZIONE PASTI.....	51
9.6	GESTIONE RIFIUTI	51
10	GESTIONE CASI SOSPETTI, CASI CONFERMATI E CLUSTER.....	52
10.1	GENERALITÀ	52

10.2	GESTIONE IN CASO DI EMERGENZA DA COVID-19.....	52
10.2.1	GENERALITÀ	52
10.2.2	COMPORTAMENTI DA ADOTTARE IN CASO DI PRESENZA CONTEMPORANEA DI PIÙ CASI SOSPETTI O CONFERMATI DI COVID-19	55
11	GESTIONE DELL'OSPITE	56
11.1	GENERALITÀ	56
11.2	GESTIONE DELL'OSPITE NELL'EMERGENZA DA COVID-19	56
12	SALUTE E BENESSERE PSICOLOGICO.....	59
13	INCLUSIVITÀ	60
14	MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE DELLE MISURE ADOTTATE	61
	APPENDICE A - CHECK LIST VERIFICA HVAC	62
	APPENDICE B - RISULTATI DEGLI STUDI IN MERITO ALLA SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI INTERNI	63
	BIBLIOGRAFIA.....	64

INTRODUZIONE

Le strutture territoriali denominate Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) sono strutture di accoglienza (temporanea o permanente) per persone non autosufficienti, anche anziane. Queste strutture offrono a tali persone, che non necessitano di ricovero in Ospedale o in Centri di riabilitazione, prestazioni sanitarie e assistenziali e prestazioni di recupero funzionale e di prevenzione dell'aggravamento del danno funzionale.

Le RSA possono essere pubbliche, private e private accreditate con il Servizio Sanitario Regionale (SSR) e contrattualizzate con le Aziende sanitarie locali del territorio in cui sono ubicate. Indipendentemente dalla tipologia, le RSA sono però accomunate dal fatto di ospitare persone con diversi livelli di fragilità e che, di conseguenza, hanno maggiore probabilità di contrarre Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e gravi forme di malattia (quali decorso clinico più severo della malattia COVID-19).

Situazioni emergenziali legate all'insorgere di ICA possono interessare un paziente durante un processo/percorso assistenziale in un ospedale o in altri contesti di cura. Possono manifestarsi sia in corso di permanenza all'interno della struttura e/o dopo la dimissione e costituiscono la complicità a maggior frequenza e maggior gravità riscontrabile in tutti i contesti assistenziali. I patogeni, causa di tali infezioni, possono essere sia comuni germi cutanei o delle mucose, ma anche microrganismi trasmessi da altri pazienti, operatori, visitatori e/o provenienti dall'ambiente di degenza. Alle ICA sono attribuiti circa 37.000 decessi/anno nonché circa 16 milioni di giornate di degenza aggiuntive causa di enormi costi per i sistemi sanitari nazionali. La definizione stessa delle ICA suggerisce come questa tipologia di infezione sia in diretta correlazione con l'erogazione delle prestazioni assistenziali e che le fragilità di sistema (strutturali, tecnologiche e/o procedurali) aumentino l'incidenza annua delle stesse. Un opportuno utilizzo di protocolli atti prevenire la trasmissione di predette infezioni nosocomiali, associato a una costante implementazione di attività formative sul personale, rende prevenibili circa il 50% delle stesse.

Un'organizzazione caratterizzata da un'elevata capacità preventiva nei confronti delle ICA è in grado di ottenere una maggiore capacità contenitiva della trasmissione dell'epidemia da SARS-CoV-2. Appare evidente, infatti, come vi sia una diretta correlazione tra la capacità di protezione delle ICA e l'impatto epidemico dell'infezione da SARS-CoV-2 in ambito sanitario e/o sociosanitario, essendo gran parte degli strumenti di prevenzione e contenimento dell'emergenza COVID-19 misure generali e specifiche di contenimento infettivo. Basti pensare, ad esempio, alla corretta igiene delle mani che rappresenta uno strumento/risorsa cardine per ridurre la trasmissione virale veicolata dagli operatori, non solo attraverso goccioline aerodiffuse (droplets), ma anche attraverso il contatto diretto e/o indiretto con soggetti o strumenti precedentemente contaminati. La trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2, con il possibile sviluppo della malattia nelle sue forme più gravi, in contesti con un deficit organizzativo può essere inquadrata come ICA e, potenzialmente, può aprire a una ipotesi responsabilità contrattuale dell'organizzazione sanitaria. In questo contesto il corretto utilizzo di dispositivi di protezione individuale, l'etichetta respiratoria, il distanziamento fisico, azioni per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2, solo se inseriti in un più ampio sistema preventivo infettivo, può garantire che l'organizzazione sanitaria abbia minori rischi di diffusione epidemica all'interno ovvero abbia una maggiore capacità di contenimento della trasmissione tra degenti e tra gli operatori.

Il SARS-CoV-2 può trasmettersi, infatti:

- diretto: con goccioline aerodiffuse, ovvero goccioline di dimensioni $\geq 5 \mu\text{m}$ di diametro, emesse da un soggetto infetto, mediante tosse o starnuti (ma anche semplicemente con le attività del parlare e respirare) che, propagandosi per brevi distanze (da meno di un metro a poco più) possono direttamente raggiungere le mucose nasali, orali o le congiuntive di soggetti suscettibili nelle immediate vicinanze, oppure depositarsi su oggetti o superfici;
- indiretto: qualora oggetti e superfici contaminati da goccioline aerodiffuse o da secrezioni (saliva, secrezioni nasali, espettorato), vengano in contatto con le mani e le stesse vengano portate a contatto con la bocca, naso o agli occhi.

La trasmissione per via aerea per i coronavirus, ossia mediante particelle di dimensioni minori di $5 \mu\text{m}$, è fatta oggetto di studio, ma è comunque possibile in ambiente sanitario per generazione di aerosol a seguito di specifiche procedure, quali, ad esempio, intubazione o ventilazione forzata. In un contesto di rapida evoluzione delle conoscenze è tuttavia necessario prendere in considerazione l'ipotesi di diffusione del virus attraverso altre modalità¹.

¹ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il Rapporto ISS COVID 19 n. 17/2020 del 19/04/2020.

1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il documento definisce le misure da adottare in caso di scenari emergenziali legati alla diffusione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) e, in particolare, alla prevenzione e controllo dell'emergenza legata al COVID-19 nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) con la finalità di ottimizzare gli sforzi gestionali e organizzativi, nell'interesse dei lavoratori e, soprattutto, nell'ottica della salvaguardia degli ospiti e nella tutela delle loro fragilità.

Le modalità operative descritte possono essere utilizzate come riferimento, con un approccio proattivo, per la definizione e adozione di buone prassi di prevenzione delle ICA anche in scenari non emergenziali.

I contenuti del documento non sono da ritenersi applicabili a RSA COVID-19 (RSA destinate a pazienti COVID che non necessitino di cure ospedaliere) e sono da ritenersi integrativi e non sostitutivi di eventuali altri documenti emanati dalle Autorità.

Il documento è rivolto al personale di Direzione delle RSA, ai Risk Manager operanti nel settore e agli operatori sanitari, socio-assistenziali e assistenziali.

2 RIFERIMENTI NORMATIVI E LEGISLATIVI

La presente prassi di riferimento rimanda, mediante riferimenti datati e non, a disposizioni contenute in altre pubblicazioni. Tali riferimenti normativi e legislativi sono citati nei punti appropriati del testo. Per quanto riguarda i riferimenti datati, successive modifiche o revisioni apportate a dette pubblicazioni valgono unicamente se introdotte nel presente documento come aggiornamento o revisione. Per i riferimenti non datati vale l'ultima edizione della pubblicazione alla quale si fa riferimento.

UNI EN ISO 7730:2006 Ergonomia degli ambienti termici - Determinazione analitica e interpretazione del benessere termico mediante il calcolo degli indici PMV e PPD e dei criteri di benessere termico locale

3 TERMINI, DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

3.1 TERMINI E DEFINIZIONI

Ai fini del presente documento valgono i termini e le definizioni seguenti:

3.1.1 audit: Processo sistematico, indipendente e documentato per ottenere evidenze oggettive e valutarle con obiettività, al fine di stabilire in quale misura i criteri dell'audit sono soddisfatti.

3.1.2 caso sospetto di COVID-19 che richiede l'esecuzione di test diagnostico:

- a) persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e la storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; oppure

b) 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

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

NOTA Definizione tratta da Circolare Ministero della Salute n. 7922 del 09/03/2020.

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

NOTA Definizione tratta da Circolare Ministero della Salute n.7922 del 09/03/2020.

3.1.4 contatto stretto di un caso probabile:

- persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19;
- persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- 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);
- 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;
- 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;
- operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta a un caso di COVID-19 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;
- 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 o abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).

NOTA 1 Si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

NOTA 2 Definizione tratta da Circolare Ministero della Salute n.7922 del 09/03/2020.

3.1.5 caso confermato: 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 che rispondano ai criteri indicati nelle disposizioni legislative vigenti².

NOTA Definizione tratta da Circolare Ministero della Salute n.7922 del 09/03/2020]

3.1.6 caregiver: Persona che, a livello familiare o professionale, presta assistenza a un malato, specialmente terminale.

3.1.7 contaminazione crociata: Trasferimento non intenzionale di microrganismi o sostanze chimiche da un alimento a un altro.

3.1.8 partecipazione: Coinvolgimento nel processo decisionale.

[UNI ISO 45001:2018]

3.1.9 consultazione: Ricerca di pareri prima di prendere decisioni.

[UNI ISO 45001:2018]

3.1.10 stakeholders (parti interessate): Persona o organizzazione che può influenzare, essere influenzata, o percepire sé stessa come influenzata, da una decisione o attività. Ad esempio: clienti, proprietari, persone di un'organizzazione, fornitori, banchieri, autorità in ambito legislativo, sindacati, partner o collettività che possono comprendere concorrenti o gruppi di pressione contrapposti.

[UNI EN ISO 9000:2015]

3.1.11 pulizia: Procedimento atto a rimuovere polveri, materiale non desiderato o sporczia da superfici, oggetti, ambienti chiusi (generalmente indicati con il termine inglese indoor), ed è quindi l'operazione che consente di rendere le superfici visibilmente pulite combinando l'azione di prodotti chimici con azioni meccaniche (es. strofinamento, frizione, effetto di trascinamento). I prodotti per la pulizia possono includere sapone liquido, detergenti enzimatici e detersivi che hanno lo scopo di rimuovere il materiale organico (es. sporco, fluidi corporei ecc.) e di sospendere il grasso e l'olio. Nella scelta dei detergenti devono essere privilegiati prodotti neutri (pH tra 6-8) e facilmente solubili in acqua calda e acqua fredda.

NOTA Definizione tratta dal Rapporto ISS CoViD-19 n. 20/2020 del 14/05/2020.

3.1.12 attività di disinfezione: Attività che riguardano il complesso dei procedimenti e operazioni atti a rendere sani determinati ambienti confinati e aree di pertinenza mediante la distruzione o inattivazione di microrganismi patogeni.

NOTA Definizione tratta dal Decreto del 7 luglio 1997, n. 274 "Regolamento di attuazione degli articoli 1 e 4 della legge 25 gennaio 1994, n. 82, per la disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione".

² Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore nell'Allegato 3 della Circolare Ministero della Salute n. 7922/2020, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici, salvo diverse disposizioni regionali.

3.1.13 disinfezione: Complesso di procedimenti e operazioni atti a sanificare determinati ambienti mediante la distruzione o inattivazione di microrganismi patogeni. I disinfettanti servono solo per la disinfezione dopo la pulizia e non sono sostituti della pulizia, a meno che non si tratti di prodotti disinfettanti-detergenti combinati. Prima della disinfezione, utilizzare un prodotto di pulizia per rimuovere tutto il materiale organico e lo sporco.

NOTA Definizione tratta dal Rapporto ISS CoViD-19 n. 20/2020 del 14/05/2020.

3.1.14 attività di disinfestazione: Attività che riguardano il complesso di procedimenti e operazioni atti a distruggere piccoli animali, in particolare artropodi, sia perché parassiti, vettori o riserve di agenti infettivi sia perché molesti e specie vegetali non desiderate. La disinfestazione può essere integrale se rivolta a tutte le specie infestanti ovvero mirata se rivolta a singola specie.

NOTA Definizione tratta dal Decreto del 7 luglio 1997, n. 274 "Regolamento di attuazione degli articoli 1 e 4 della legge 25 gennaio 1994, n. 82, per la disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione".

3.1.15 attività di derattizzazione: Attività che riguardano il complesso di procedimenti e operazioni di disinfestazione atti a determinare o la distruzione completa oppure la riduzione del numero della popolazione dei ratti o dei topi al di sotto di una certa soglia.

NOTA Definizione tratta dal Decreto del 7 luglio 1997, n. 274 "Regolamento di attuazione degli articoli 1 e 4 della legge 25 gennaio 1994, n. 82, per la disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione".

3.1.16 sanificazione: Insieme dei procedimenti e operazioni atti ad igienizzare determinati ambienti e mezzi mediante l'attività di pulizia e di disinfezione.

NOTA Definizione tratta dal Rapporto ISS CoViD-19 n. 20/2020 del 07/07/2020.

3.1.17 burn-out: Sindrome di esaurimento emotivo, di depersonalizzazione e derealizzazione personale, che può manifestarsi in tutte quelle professioni con implicazioni relazionali molto accentuate.

3.1.18 isolamento di coorte: Collocazione, nella stessa stanza, di pazienti con la stessa infezione.

NOTA Durante focolai epidemici, personale sanitario dedicato può essere assegnato a una coorte di pazienti, per limitare ulteriormente le possibilità di trasmissione (assistenza di coorte).

3.1.19 ricondizionamento: Insieme delle attività necessarie all'abbattimento della carica microbica presente su un dispositivo medico dopo il suo utilizzo fino al raggiungimento delle condizioni di sterilità richieste per l'utilizzo successivo.

3.1.20 interessato: Colui al quale si riferiscono i dati.

3.1.21 titolare del trattamento: Persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che, singolarmente o insieme ad altri, determina le finalità e i mezzi del trattamento di dati personali; quando le finalità e i mezzi di tale trattamento sono determinati dal diritto dell'Unione o degli Stati membri, il titolare del trattamento o i criteri specifici applicabili alla sua designazione possono essere stabiliti dal diritto dell'Unione o degli Stati membri.

NOTA Definizione tratta dal GDPR 769/2016.

3.1.22 tanatocosmesi: Attività svolte sulle salme finalizzata a curarne l'aspetto quali, ad esempio, lavaggio, taglio delle unghie, dei capelli, della barba e tamponamento.

3.1.23 informazione documentata: Informazioni che devono essere tenute sotto controllo e mantenute da parte di un'organizzazione e il mezzo che le contiene.

[UNI 9000:2015]

3.1.24 precauzioni standard: Le precauzioni standard combinano le principali caratteristiche delle precauzioni universali e dell'isolamento delle sostanze corporee e si basano sul principio che tutto il sangue, i liquidi biologici, le secrezioni, le escrezioni eccetto il sudore, la pelle non integra e le mucose possono contenere agenti infettivi trasmissibili.

NOTA Fonte: 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings - Ultimo aggiornamento: luglio 2019.

3.2 ABBREVIAZIONI

COVID-19	Corona Virus Disease – anno di diffusione
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
DPO	Data Protection Officer
DUVRI	Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali
DVR	Documento di Valutazione dei Rischi
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
FMEA	Failure Mode and Effect Analysis
GDPR	Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE) 2016/679
GHP	Good Hygiene Practice (buone prassi igieniche)
GMP	Good Manufacturing Practice (buona pratica fabbricazione)
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Point
ICA	Infezioni correlate all'assistenza
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
ISS	Istituto Superiore di Sanità
MC	Medico Competente
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PARS	Piano Annuale per la gestione del Rischio Sanitario
PCO	Photo Catalytic Oxidation – Ossidazione fotocatalitica
RLS	Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza
RLST	Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza Territoriale
RSP	Rifiuti Sanitari Pericolosi a rischio infettivo
RSPP	Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione
SARS CoV-2	Sindrome Acuta Respiratoria Grave Coronavirus 2
UTA	Unità Trattamento Aria
UV	UltraVioletto
VMC	Ventilazione Meccanica Controllata

4 PRINCIPIO

La prassi di riferimento è strutturata in maniera tale da definire delle linee guida sulle soluzioni da attuare nella gestione o nella prevenzione di scenari emergenziali legati alle ICA e, in particolare, per la prevenzione e il contenimento del contagio da COVID-19 e sue varianti.

Il documento si sviluppa secondo la seguente struttura:

- pianificazione (punto 5);
- luoghi di lavoro (punto 6);
- gestione delle infrastrutture (punto 7);
- preparazione e risposta alle emergenze (punto 8);
- pianificazione delle modifiche organizzative e di eventuali restrizioni (punto 9);
- gestione casi sospetti, casi confermati e cluster (punto 10);
- gestione dell'ospite (punto 11);
- salute e benessere psicologico (punto 12);
- inclusività (punto 13);
- monitoraggio e implementazione delle misure adottate (punto 14).

La prassi si completa con le seguenti appendici:

- Appendice A – Check list di verifica HAVC
- Appendice B – Risultati degli studi in merito alla sanificazione degli ambienti interni

5 PIANIFICAZIONE

5.1 GENERALITÀ

La gestione delle ICA e/o di uno scenario emergenziale quale quello correlato al COVID-19, deve basarsi su un efficace macro-processo di pianificazione che, a sua volta, si compone delle fasi di: analisi del contesto, leadership e consultazione dei lavoratori, responsabilità dei professionisti sanitari e di valutazione dei rischi impattanti sull'assistenza (per gli ospiti, operatori, caregiver, ecc.). Tutte le fasi descritte devono essere svolte con un approccio multidisciplinare e tracciato nei documenti dell'organizzazione.

5.2 ANALISI DEL CONTESTO DELL'ORGANIZZAZIONE

Al fine di consentire un'analisi completa di rischi e opportunità, che tenga conto di tutti i fattori interni ed esterni che impattano sull'organizzazione, deve essere condotta un'analisi del contesto che tenga conto dei punti di forza e di debolezza dell'organizzazione aziendale, in riferimento alla gestione dell'emergenza legata all'insorgenza e alla diffusione delle ICA (tra cui il COVID-19), e alle minacce e opportunità di miglioramento delle prestazioni provenienti dall'interazione con l'esterno.

Fattori interni da considerare, che possono essere classificati come punti di forza o di debolezza della struttura, possono essere individuati: considerando le infrastrutture (gestione dell'areazione, spazi considerati per garantire il distanziamento degli ospiti, ecc), le competenze delle persone in merito alla gestione del rischio (conoscenza e competenza in riferimento alle precauzioni da adottare tramite

i DPI, la gestione delle stanze, l'educazione dell'ospite alle norme generali di prevenzione delle infezioni quali mascherine, igienizzazione delle mani, distanziamento), alla gestione delle ICA (con particolare riferimento al COVID-19, diagnosi e tempestività negli isolamenti e nella gestione del caso sospetto o confermato) e il grado di governo dei processi (connessi alle procedure legali, amministrative, cliniche anche finalizzate al continuo scambio di informazioni con il ministero, la regione e la ASL di appartenenza).

Fattori esterni da considerare, dai quali possono derivare minacce o opportunità, possono consistere ad esempio:

- nella presenza di cluster nell'area di riferimento che possono comportare un innalzamento delle misure di prevenzione e sicurezza;
- nell'evoluzione delle disposizioni legislative e delle linee guida di riferimento (per esempio le evoluzioni delle indicazioni fornite dall'Istituto Superiore di Sanità);
- nei rapporti con strutture similari finalizzate a favorire un confronto costante e un miglioramento continuo nella gestione del contesto emergenziale;
- negli accordi con i fornitori e con gli enti di controllo;
- nella reperibilità sul mercato dei DPI e dei prodotti da utilizzare per la sanificazione, pianificando un adeguato sistema di controllo interno finalizzato a prevenire l'acquisto di materiale non idoneo.

L'analisi del contesto aziendale può essere effettuata con la metodologia ritenuta più adeguata all'organizzazione purché garantisca un approccio multidisciplinare e il coinvolgimento delle diverse professionalità che, per competenza, siano in grado di rilevare i fattori di contesto con impatto rilevante sui processi aziendali. Tra le metodologie più diffuse può essere presa in considerazione la SWOT Analysis finalizzata a rappresentare in forma schematica punti di forza e debolezza legati a fattori interni e opportunità e minacce correlati a fattori esterni.

Indipendentemente dalla metodologia utilizzata, l'analisi del contesto non può prescindere dall'individuare in maniera documentata bisogni e aspettative delle parti interessate rilevanti. Rispetto a queste ultime è necessario attivare canali di comunicazione efficaci che possano facilitare e garantire la valorizzazione del contributo delle persone nella definizione delle misure di prevenzione e protezione, la condivisione di strategie e gli obiettivi, l'aumento della consapevolezza del rischio e la promozione di adeguati comportamenti anche a livello individuale.

5.3 LEADERSHIP, CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE DEI LAVORATORI

5.3.1 GENERALITÀ

La struttura organizzativa della RSA deve definire ruoli e responsabilità necessari al funzionamento dei processi e prevedere figure sostitutive per le funzioni chiave al fine di assicurare la continuità operativa e la gestione di scenari relativi all'insorgenza o diffusione di ICA o scenari emergenziali quali il COVID-19.

5.3.2 MODIFICHE ORGANIZZATIVE (CCICA E COMITATI)

Nell'ambito della RSA, ad integrazione della struttura organizzativa di base, sono istituiti i seguenti Comitati, che devono collaborare strettamente potendo eventualmente essere integrati, e che hanno

la finalità di tenere sotto controllo i processi e, con specifico riferimento alla gestione delle ICA, prevenire il rischio di insorgenza e contagio.

Il Comitato di Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CCICA) ha il compito di definire la strategia di lotta contro le infezioni, di verificare l'effettiva applicazione dei programmi di sorveglianza e controllo e la loro efficacia e di curare la formazione culturale del personale operante sotto il controllo dell'organizzazione. Nell'ambito di tale Comitato, che assicura il contatto con le Autorità Sanitarie Locali, deve essere nominato formalmente il presidente del CCICA.

L'ambito di intervento e la costituzione del CCICA possono essere ampliati in funzione delle diverse tipologie di scenari emergenziali. Per esempio, nel caso della diffusione del COVID-19 si deve:

- nominare il referente sanitario per il COVID-19 (in accordo con quanto previsto dalle disposizioni vigenti)³. Il referente sanitario per il COVID-19 deve collaborare, ove non coincida, con la figura del Risk Manager, con il Medico Competente di struttura e con le autorità locali;
- riattivare e/o aggiornare le riunioni periodiche del CCICA;
- dare evidenza della formazione di tutti i membri del CCICA in merito alle modalità di prevenzione e contenimento del COVID-19.

In questo caso il CCICA può essere integrato, qualora non ne facciano già parte, da funzioni di staff della RSA (comprese ad esempio funzioni amministrative e tecniche), al fine di garantire un approccio quanto più possibile multidisciplinare e operativo. Il CCICA in situazioni emergenziali dovrebbe riunirsi con cadenza almeno settimanale e, comunque, a ogni variazione ritenuta significativa (per esempio: cluster all'interno dell'RSA).

In aggiunta al CCICA, per scenari emergenziali particolarmente impattanti anche sulla salute e sicurezza dei lavoratori, deve essere nominato un comitato per la definizione e la verifica delle misure di prevenzione e protezione che preveda la presenza dei Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS/RLST) e, ove esistenti, delle rappresentanze sindacali, del Datore di Lavoro o suo delegato, del RSPP e del MC.

NOTA Nel caso del COVID-19 la costituzione del Comitato è prevista dalle disposizioni legislative vigenti⁴.

Laddove, per la particolare tipologia di impresa e per il sistema delle relazioni sindacali, non si desse luogo alla costituzione di comitati aziendali, è istituito un Comitato Territoriale composto dagli Organismi Paritetici per la salute e la sicurezza, laddove costituiti, con il coinvolgimento degli RLST e dei rappresentanti delle parti sociali.

³ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il Rapporto n. 04/2020 dell'Istituto Superiore di Sanità del 24/08/2020.

⁴ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore l'Ordinanza 21 maggio 2021 del Ministero della Salute "Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2/COVID-19 negli ambienti di lavoro".

Ove previsti dalle leggi regionali, devono essere coinvolti nella gestione delle ICA e dello scenario emergenziale legato al COVID-19, anche i comitati di partecipazione (costituiti fra l'altro con rappresentanti delle famiglie, delle associazioni di volontariato e degli ospiti).

Tutte le attività dei comitati istituiti devono essere verbalizzate, comunicate alle parti interessate e conservate come informazioni documentate.

Le strutture dei comitati devono essere rese note a tutto il personale e disponibili alle parti interessate rilevanti, quali Enti di Controllo, caregiver, parenti, ecc. (per esempio: mediante pubblicazione sul sito internet aziendale, comunicazione documentale ai caregiver, affissione per la consultazione da parte del personale e degli ospiti, ecc.).

5.3.3 CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE NEI CONTESTI EMERGENZIALI

Il processo di consultazione e partecipazione degli RLS/RLST è un processo essenziale per la gestione degli aspetti di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro all'interno di una qualsiasi organizzazione, indipendentemente dalle dimensioni e dal contesto in cui essa opera, proprio per la centralità del lavoratore nell'ambito dell'organizzazione che può condividere le proprie proposte sulla base della propria esperienza e conoscenza.

Al verificarsi reale o potenziale di un contesto emergenziale il Datore di Lavoro, con la collaborazione del RSPP, del MC, del Medico Responsabile e del CCICA, deve consultare gli RLS/RLST, con le modalità ritenute più opportune (per esempio indirizzo e-mail dedicato all'inoltro di richieste, riunioni, interviste, sopralluoghi congiunti in campo) almeno nei seguenti casi:

- valutazione dei rischi (consultazione preventiva e tempestiva al fine di riesaminare l'adeguatezza);
- individuazione, programmazione, realizzazione e verifica delle attività di prevenzione e protezione;
- organizzazione delle attività formative;
- identificazione degli stakeholder (parti interessate rilevanti), interni ed esterni, e delle relative esigenze ed aspettative;
- definizione dei controlli da applicare nel caso di appalti e forniture;
- modalità di comunicazione da adottare.

A tal proposito, al fine di dimostrare l'avvenuta consultazione e partecipazione, l'organizzazione deve acquisire/predisporre tutta la documentazione ritenuta necessaria (mail, verbali di riunione, ecc.) che deve essere conservata e, ove necessario, messa a disposizione degli organismi di vigilanza e di eventuali enti o soggetti preposti alle attività di controllo.

La consultazione e partecipazione dei lavoratori può essere garantita anche attraverso l'istituzione e le attività di specifici comitati, in accordo a quanto descritto al paragrafo precedente.

5.3.4 RESPONSABILITÀ DEI PROFESSIONISTI SANITARI

Le attività clinico-assistenziali svolte dagli operatori sanitari all'interno delle RSA espongono quotidianamente gli stessi a rischi e responsabilità professionali qualificate in materia penale, civile e amministrativa.

Laddove non esistono linee guida pubblicate ai sensi di legge, nello svolgimento delle rispettive attività, gli operatori devono attenersi alle buone pratiche clinico-assistenziali⁵, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.

Gli adempimenti necessari in materia di coperture assicurative impongono all'organizzazione la definizione di un processo di acquisizione e valutazione delle polizze assicurative e di monitoraggio delle relative scadenze con l'ausilio degli strumenti ritenuti opportuni in relazione al contesto dell'organizzazione (per esempio un elenco delle polizze in essere sia dei professionisti sanitari, che della struttura con l'indicazione degli estremi della polizza, la data di stipula e la data di scadenza). I massimali della polizza e le caratteristiche della stessa devono essere approvati dalla Direzione e riesaminati, in maniera multidisciplinare, con i responsabili di funzione aziendale alla luce dei dati derivanti dal monitoraggio del processo assistenziale e di eventuali contenziosi.

Infine, è necessario che le persone operanti in questo ambito conoscano le modalità e le tempistiche per una gestione tempestiva di un eventuale procedimento che sia penale, civile o amministrativo.

5.4 RISK MANAGEMENT

Sulla base dei punti di forza e di debolezza, delle opportunità e delle minacce individuati in occasione dell'analisi del contesto e in funzione degli obiettivi che l'organizzazione si è prefissata deve essere elaborata un'analisi di rischi e opportunità, mediante l'approccio metodologico (qualitativo, quantitativo, qualitativo e quantitativo) ritenuto adeguato al contesto. Per esempio, la valutazione dei rischi e delle opportunità può essere effettuata con metodologie quali la FMECA (Failure Mode Effect Critical Analysis), supportata dalle informazioni derivanti da audit clinici, analisi di potenziali cluster, eventi avversi o eventi sentinella verificatisi nella struttura o in strutture simili. Per esempio, se nell'analisi di contesto la zona su cui insiste l'RSA viene catalogata come area a rischio, attraverso la metodologia scelta occorre effettuare una valutazione di impatto, probabilità e rilevabilità del rischio che anche all'interno dell'RSA possano insorgere cluster da COVID-19.

Analogamente proseguendo nella valutazione di tutti i punti di debolezza, i rischi e le opportunità individuate nell'analisi di contesto, l'organizzazione è in grado di avere a disposizione una mappatura dei rischi e delle opportunità ordinata per livello di priorità che supporta quindi la scelta degli interventi da porre in essere. A prescindere dalla metodologia di analisi utilizzata, l'organizzazione deve individuare un livello di soglia di intervento, sotto il quale si ritiene accettabile il grado di rischio connesso e non si ritiene opportuno intervenire.

⁵ Al momento della pubblicazione della presente prassi sono in vigore le buone prassi indicate nel sito istituzionale del Ministero Salute: <https://snlg.iss.it/?p=23>

La capacità di fornire una valutazione di priorità negli interventi garantisce inoltre l'efficacia dell'attività di pianificazione in termini di tempistiche, di attribuzione delle responsabilità e di budget connessi agli interventi identificati.

Il processo sopra descritto conduce quindi alla definizione di un programma di interventi, con una visione almeno triennale e un aggiornamento annuale, e a un sistema di indicatori di prestazione adottato per misurarne sia lo stato d'avanzamento che il grado di efficacia dell'azione adottata rispetto all'obiettivo di riduzione del rischio o di miglioramento (è opportuno che il monitoraggio di tali indicatori avvenga almeno con una periodicità trimestrale).

5.4.1 RISCHIO CLINICO

Un'organizzazione sanitaria caratterizzata da una consolidata e diffusa gestione del rischio clinico garantisce un'elevata capacità preventiva nei confronti delle ICA e assicura una maggiore capacità contenitiva della trasmissione delle infezioni. Un approccio sistemico integrato di governo dell'organizzazione sanitaria è in grado di essere maggiormente performante nei confronti di situazioni emergenziali, come per esempio l'emergenza da COVID-19.

In tale ottica, sono stati molteplici le indicazioni istituzionali finalizzate alla crescita della consapevolezza dell'organizzazione verso una generica e specifica gestione del rischio (tra cui anche quello infettivo) introducendo nuove figure come quella del Risk Manager, sollecitando tutte le organizzazioni sanitarie e socio sanitarie a una crescita sul tema attraverso la strutturazione di Comitati di Controllo per le ICA e la realizzazione, come promosso ad esempio dalla Regione Lazio, di documenti come il Piano Aziendale Risk Management (PARM), il Piano Aziendale delle Infezioni Correlate all'Assistenza (PAICA). Un concreto rafforzamento del Risk Management nell'ambito delle organizzazioni sanitarie residenziali è il più valido percorso che le strutture possano attuare al fine di ridurre i rischi che le ICA producono in contesti sanitari altamente fragili come le RSA.

A livello pratico e organizzativo, il governo del rischio infettivo si può sostanziare in una serie di iniziative, volte al perseguimento di una cultura aziendale orientata alla comprensione della complessità e della strategicità dell'approccio alla gestione del rischio legato alle ICA.

Innanzitutto, è opportuno predisporre un sistema procedurale di vario livello, definendo un insieme di raccomandazioni, in aggiunta alle precauzioni standard (tra cui: igiene delle mani, igiene respiratoria e galateo della tosse, collocazione del paziente, gestione delle attrezzature e dispositivi medici, gestione della biancheria, ecc.), basate ad esempio sulle vie di trasmissione:

- precauzioni per malattie a trasmissione aerea;
- precauzioni per malattie a trasmissione attraverso goccioline aerodiffuse generate durante la tosse, lo starnuto, nel parlare e nel corso di procedure come l'aspirazione e/o la broncoscopia;
- precauzioni per malattie a trasmissione attraverso il contatto.

È necessario, quindi, definire, preferendo una rappresentazione schematica che ne faciliti la lettura, strumenti di supporto (per esempio: diagrammi di flusso, istruzioni operative, protocolli, ecc.) per guidare e standardizzare le decisioni nei casi di infezione e/o colonizzazione dell'ospite e stabilire:

- la frequenza con cui sottoporre l'ospite ai test clinico-diagnostici per la ricerca dell'infezione;
- come comportarsi in caso di esiti positivi o casi altamente probabili;

- come comportarsi in caso di indisponibilità di camera singola;
- quando tornare all'utilizzo delle precauzioni standard e ritenere il paziente guarito.

La diffusione della cultura di gestione e prevenzione delle ICA dipende soprattutto dalle modalità e dalla frequenza scelte per la formazione del personale, degli ospiti e dei caregiver nei periodi di gestione ordinaria e nelle condizioni emergenziali. La documentazione di tale attività deve essere registrata nei documenti aziendali (per esempio: cartella clinica, verbali di formazione del personale).

Analogamente, la standardizzazione delle procedure finalizzate alla prevenzione e la loro diffusione nella attività quotidiane, rende più facile contenere ICA ovvero infezioni come quella da SARS-CoV-2, aumentando la capacità dell'organizzazione di rispondere alle sfide che fatalmente si possano presentare.

5.4.2 SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO

Il Sistema di Prevenzione e Protezione in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro riveste un ruolo centrale nella gestione del rischio e, in particolare, si enfatizza in situazioni emergenziali in cui il lavoratore costituisce l'elemento essenziale per l'attuazione delle misure di prevenzione e protezione rivolte all'ospite.

La possibilità che un'infezione correlata all'assistenza possa interessare un lavoratore, si riporta soprattutto al rischio biologico peculiare delle attività svolte dagli operatori sanitari (per via dell'esposizione a fluidi biologici, contatto con la pelle del paziente, ecc.), dagli addetti al lavaggio della biancheria piana o dagli addetti alle pulizie, ma di fatto tale possibilità può interessare tutti i lavoratori presenti in struttura, per esempio, per via della presenza di impianti di climatizzazione o di aerazione non adeguatamente gestiti.

In una situazione emergenziale, come ad esempio quella correlata al virus SARS-CoV-2, per assolvere agli obblighi di cui alle disposizioni legislative vigenti⁶, è necessario integrare il DVR, ovvero, predisporre un documento specifico ed integrativo al DVR stesso, in cui sia analizzato l'impatto del virus nell'ambito della RSA e siano indicate tutte le misure ritenute opportune per prevenire il contagio, identificate previa consultazione degli RLS o RLST, in linea con gli aggiornamenti legislativi di riferimento e lo stato di avanzamento della situazione emergenziale.

Ovviamente, le misure di prevenzione e protezione volte a prevenire e/o ridurre il rischio di insorgenza o diffusione del virus, definite nel DVR devono essere congruenti ed integrate con quelle definite nei documenti di gestione del rischio clinico redatti nell'ambito delle attività afferenti al rischio clinico, ma anche con quelle definite nell'ambito del comitato eventualmente nominato per la gestione dell'infezione (per esempio: comitato COVID-19).

Un contributo essenziale per le misure di prevenzione e protezione definite dal datore di lavoro di una RSA è fornito dal Medico Competente che, soprattutto in situazioni emergenziali, è chiamato a collaborare con le altre funzioni preposte nel definire le modalità operative da seguire. Il processo di comunicazione tra Medico Competente e l'organizzazione che prevede, anche in condizioni ordinarie,

⁶ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il Decreto legislativo 81/08, all'art.17 e 28, e s.m.i.

la comunicazione al datore di lavoro dei giudizi di idoneità con prescrizioni, inidoneità temporanea e permanente con la finalità di permettere l'attuazione delle necessarie azioni volte a tutelare il lavoratore, è ancora più rilevante nei contesti emergenziali. In queste situazioni si deve garantire, infatti, che i lavoratori che sono esposti a maggior rischio (per situazioni di particolari fragilità, patologie attuali o pregresse) siano destinatari di azioni di tutela efficaci messe in atto dall'organizzazione. Le informazioni relative allo stato di salute dei lavoratori, così come gli esiti della sorveglianza sanitaria devono essere gestiti nell'assoluto rispetto delle disposizioni legislative riguardanti il trattamento dei dati (privacy); a tal proposito è opportuno coinvolgere nella definizione del flusso di comunicazione il DPO della RSA.

6 LUOGHI DI LAVORO

6.1 GENERALITÀ

L'organizzazione deve garantire un livello adeguato di sicurezza dei luoghi di lavoro, pianificando, attuando, verificando e migliorando nel tempo misure preventive e contenitive che si dimostrino efficaci.

Una gestione dei luoghi di lavoro in ottica proattiva, che lavori quindi in anticipo rispetto al verificarsi del problema, permette infatti di ridurre il rischio associato alle ICA sia per gli ospiti delle RSA che per il personale aziendale.

6.2 LUOGHI DI LAVORO FISICI

I luoghi di lavoro fisici devono essere progettati, riorganizzati e gestiti in modo tale da garantire la possibilità di attuazione delle misure di prevenzione e protezione definite per le diverse tipologie di ICA.

Le misure applicabili ai luoghi di lavoro devono essere definite dal Medico Responsabile, con l'eventuale collaborazione del RSPP e degli altri responsabili di funzione interessati (per esempio il Coordinatore Infermieristico), in funzione della natura dell'ICA. Le principali tra queste possono consistere in:

- suddivisione delle aree della struttura in nuclei ad accesso dedicato a ospiti e operatori;
- individuazione delle stanze per l'isolamento singolo o in coorte dell'ospite (per esempio nel caso di *Clostridium difficile* per evitare la diffusione di spore negli ambienti);
- ridefinizione dei percorsi sporco pulito;
- applicazione della segnaletica verticale e orizzontale finalizzata a gestire l'isolamento e il distanziamento ove necessario;
- contingentamento degli accessi negli spazi comuni (per esempio: sale da pranzo, soggiorni, palestre, mensa, spogliatoi, ascensori, aree fumatori, aree in cui sono presenti distributori di bevande e snack, ecc.);
- regolamentazione, ove necessario, dell'accesso delle persone (fornitori, visitatori, ecc.) esterne all'organizzazione anche nelle aree non sanitarie.

6.3 LAVORO AGILE

Nei contesti emergenziali l'affollamento dei luoghi di lavoro può costituire un fattore in grado di favorire il diffondersi dell'infezione o di ostacolare l'attuazione di alcune misure di prevenzione (per esempio sanificazioni straordinarie, utilizzo degli spazi comuni). Nel caso in cui si presenti una situazione emergenziale, quindi, il datore di lavoro, con il supporto del Medico Competente e di tutti i responsabili di funzione (previa consultazione degli RLS), dovrebbe individuare i lavoratori per cui attivare misure quali, ad esempio il lavoro agile, che deve essere gestito in accordo alle disposizioni legislative vigenti ⁷.

Pertanto, parallelamente all'individuazione dei lavoratori per cui si ritiene di attivare questa misura, deve essere attivata una modalità di formazione e informazione incentrata sull'analisi dei rischi, sulla valutazione di massima degli ambienti, degli strumenti e delle posture adottate dai lavoratori durante l'attività di lavoro agile. Il lavoratore deve essere informato, per esempio, sulle modalità di corretto utilizzo degli strumenti informatici in contesti diversi da quello lavorativo e sulla necessità di effettuare frequenti cambi di posizione del lavoratore, alternando la posizione seduta prolungata con brevi camminate e rispettando le pause lavorative previste dal rispettivo contratto di riferimento.

In termini organizzativi la direzione deve garantire la continuità operativa rispetto alle attività svolte in struttura dai lavoratori che usufruiscono del lavoro agile (per esempio: presenza in numero di addetti alle emergenze in numero rispondente a quanto previsto dal piano di emergenza, del personale addetto al controllo sul defibrillatore ecc.) o prevedere alla ridistribuzione delle responsabilità, previa verifica del possesso delle competenze o effettuazione di adeguata formazione/addestramento.

6.4 LAVORO DOMICILIARE - ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA (ADI)

Qualora la struttura eroghi anche un servizio di cure domiciliari, il servizio deve essere svolto in via preferenziale da personale dedicato all'Assistenza Domiciliare Integrata e non impegnato nell'assistenza diretta agli ospiti della struttura e non a contatto con il restante personale. Questa misura è inderogabile nel caso di sviluppo di pandemie, quale la diffusione del COVID-19, considerata la fragilità degli ospiti presenti nelle RSA. In alcuni casi la direzione della struttura può decidere di sospendere, per questo motivo, l'effettuazione delle cure domiciliari.

Al fine di evitare la diffusione della ICA, così come nella prevenzione del COVID-19, è fondamentale curare la fase di formazione e informazione dell'ospite e del caregiver, oltre che attuare un processo di comunicazione efficace preliminare all'effettuazione dell'intervento.

Per questo motivo devono essere redatti e condivisi con l'ospite e il caregiver opuscoli informativi indicanti rischi e misure di prevenzione e protezione da attuare, comprese le modalità di sanificazione degli ambienti domestici. L'attività di formazione effettuata deve essere registrata a cura dell'operatore all'interno della cartella del paziente.

⁷ Al momento della pubblicazione della presente norma è in vigore la Legge 22 maggio 2017, n. 81 Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato.

In situazioni quali quella verificatesi con lo sviluppo e la diffusione del COVID-19, preliminarmente all'effettuazione dell'intervento, al paziente o caregiver deve essere somministrato un questionario di triage telefonico al fine di valutare la fattibilità dello stesso.

Tutti gli operatori devono essere in possesso di competenze relative alle misure di prevenzione e protezione dalle ICA, sulle corrette modalità di sanificazione, sull'utilizzo dei DPI e di capacità comunicative.

Il controllo della disponibilità dei DPI deve essere inserito tra i controlli delle dotazioni preliminari all'effettuazione del servizio. Inoltre, gli operatori devono sempre verificare il corretto utilizzo delle precauzioni (quali mascherina chirurgica o FFP2 salvo controindicazioni sanitarie, igienizzazione delle mani e, ove richiesto, utilizzo di guanti) anche da parte del paziente/caregiver.

6.5 LAVORO IN PIÙ LUOGHI

Al fornitori che effettuano lavori in più luoghi (per esempio altre strutture sanitarie) e che devono necessariamente fare accesso in struttura (tra cui: personale sanitario a partita IVA, personale addetto alla ristorazione, manutentori, addetti alle pulizie, ecc.) possono essere richieste in funzione della natura dell'ICA misure preventive aggiuntive. Per esempio, nel caso del COVID-19 alcune misure applicabili, in funzione della criticità della fase emergenziale, possono consistere nel:

- richiedere ai fornitori di assegnare personale dedicato alle attività in RSA o, nella impossibilità di poterlo fare, nel definire e attuare programmi di screening periodici;
- richiedere l'esclusività delle prestazioni del personale a partita IVA o part time, con sospensione del servizio a chi non possa garantirla;
- impedire la rotazione del personale fra diverse strutture sanitarie anche se facenti parte di uno stesso gruppo;
- impedire o limitare in casi di effettiva necessità gli spostamenti del personale tra i nuclei o aree operative;
- sospendere trasferte e viaggi di lavoro nazionali e internazionali del personale operante nella struttura.

7 GESTIONE DELLE INFRASTRUTTURE

7.1 GENERALITÀ

Le infrastrutture delle RSA, per via della tipologia degli edifici spesso riadattati a queste attività, possono mostrare aspetti tecnici molto complessi che devono essere valutati di volta in volta da impiantisti e/o, nel caso di impianti aeraulici, da igienisti aeraulici rispetto a norme tecniche di settore, protocolli nazionali e/o internazionali.

7.2 GESTIONE DEGLI AMBIENTI CHIUSI (INDOOR)

Negli ambienti chiusi deve essere garantita un'adeguata aerazione naturale soprattutto in un contesto emergenziale quale il COVID-19, ove possibile, aprendo porte e finestre e mantenendo chiuse le porte interne all'edificio/locale, onde limitare la diffusione tra ambienti adiacenti. I ricambi d'aria devono essere effettuati avendo cura di:

- non creare situazioni di disagio (discomfort) (correnti d'aria o freddo/caldo eccessivo) per gli operatori o per gli ospiti;
- non introdurre situazioni di rischio per gli ospiti (in considerazione, ove presente del rischio suicidario);
- non compromettere l'igienicità e la salubrità degli alimenti nei locali destinati alla manipolazione, preparazione, somministrazione degli alimenti stessi o nei locali destinati alla conservazione dei farmaci;
- aprire, nei casi in cui la struttura sia in corrispondenza di zone trafficate, le finestre e i balconi che si affacciano sulle strade meno trafficate o su spazi interni. Non aprire in ogni caso le finestre durante la notte o negli orari di punta del traffico;
- garantire condizioni salubri anche nelle aree in cui sono collocati i distributori automatici di bevande calde, acqua e alimenti.

Per gli edifici che dispongono di impianti con UTA/VMC deve essere verificata la funzionalità e una corretta gestione degli impianti, con interventi regolari di pulizia e manutenzione, quali mezzi con cui assicurare la buona qualità dell'aria fornita. Per le attività di ispezione e sanificazione degli impianti di ventilazione/climatizzazione, le indicazioni del Protocollo Operativo AIISA (Associazione Italiana Igienisti Sistemi Aeraulici) revisione 01 del 2018 e NADCA-ACR 2021 costituiscono consolidati riferimenti operativi.

Nel caso di infezioni in grado di diffondersi in forma di aerosol, come il COVID-19, ovvero per via area, per la corretta gestione degli impianti è opportuno acquisire informazioni su:

- efficienza di funzionamento ed eventuali perdite di carico;
- frequenza della pulizia dei componenti interni degli impianti, in funzione delle condizioni di evoluzione dell'epidemia, e sui relativi esiti da riportare sul registro di conduzione;
- possibilità di limitare la velocità dell'aria in uscita dagli impianti a 2 m/s in modo da evitare l'aumento significativo del rischio di sospensione di carica virale correlato al trascinamento di gocce che formano aerosol;
- tipologia e scadenza di sostituzione del pacco filtrante. Nei casi in cui si sia prossimi alla scadenza si suggerisce di sostituire il pacco filtrante con sistemi a maggiore efficienza.

Per le UTA si raccomanda la verifica della posizione della presa d'aria esterna, riscontrando l'opportunità che sia posta ad una quota maggiore di 3 metri rispetto ad eventuali serramenti o bocche di espulsione, per evitare fenomeni di contaminazione crociata.

Gli impianti VCM devono essere tenuti in funzione in modo tale da garantire l'ingresso e l'estrazione dell'aria 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 (possibilmente con tasso di decremento della ventilazione nelle ore notturne di non utilizzo dell'edificio) e deve essere eliminata la funzione di ricircolo dell'aria.

Nel caso in cui siano assicurate le procedure di pulizia e manutenzione periodica, nelle strutture dotate di impianti climatizzazione/ventilazione come condizionatori, fancoil, mobiletti a induzione e termoconvettori, portatili monoblocco (in relazione alle dimensioni dei locali trattati e in ragione del numero di persone presenti, aventi quotidiani e continui contatti interpersonali), l'interazione con le possibili problematiche riferibili agli impianti di climatizzazione e ventilazione può essere associata a un rischio residuo trascurabile.

Su queste tipologie di impianto, le operazioni da effettuare, devono prevedere interventi di sanificazione e manutenzione sui componenti presenti (carter, filtro, batteria di scambio termico e vaschetta di condensa) al fine di prevenire la contaminazione degli ambienti serviti a seguito del rilascio di contaminanti chimici e microbiologici da filtri esausti.

Qualora gli spazi dei locali siano occupati anche occasionalmente da persone estranee agli ospiti della struttura, è opportuno interrompere il funzionamento degli impianti di ventilazione primaria senza ricircolo, oppure ridurre la velocità dell'aria in ambiente. Dopo l'uscita dei visitatori, è opportuno provvedere a un'intensa ventilazione naturale, dei locali occupati, mediante l'apertura di serramenti, possibilmente su esposizioni diverse, in modo da permettere un ricambio dell'aria.

I locali sprovvisti di aperture (per esempio: bagni, spogliatoio), ma dotati di ventilatori ed estrattori, gli stessi devono essere tenuti in funzione per tutto il tempo di permanenza degli operatori nei locali.

7.3 IMPIANTI DI VENTILAZIONE E CLIMATIZZAZIONE

Per infezioni quali il COVID-19 legate al rischio di contagio da virus SARS-CoV-2 che può diffondersi anche nell'aria, attraverso l'aerosol, devono essere valutate le probabilità di contagio dovute all'attivazione degli impianti di areazione e climatizzazione. Le stesse possono dipendere dalle configurazioni impiantistiche, dal ricircolo dell'aria, dalle possibilità di miglioramento date dalla rimozione o disattivazione delle cariche virali (per filtrazione o altre tecnologie come irradiazione UV-C, ionizzazione, ecc.) e dalla modalità di gestione delle portate d'aria.

Il piano di verifica ed efficientamento degli impianti di ventilazione e climatizzazione deve essere gestito con un iter preventivo che tenga conto dei seguenti fasi procedurali:

- rilievo strumentale e valutazione dei parametri termoigrometrici ambientali;
- valutazione del rischio da contagio da virus SarS-CoV-2 connesso alle condizioni di utilizzo degli impianti aeraulici;
- definizione di un protocollo operativo e gestionale degli impianti aeraulici;
- attuazione di misure preventive e gestionali sugli impianti aeraulici esistenti (manutenzione, sanificazione, integrazione eventuale con sistemi di sanificazione attiva su tecnologia PCO).

7.3.1 VALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI MICROCLIMATICHE AMBIENTALI

Il microclima influisce in maniera significativa, unitamente a quanto descritto precedentemente, sulla qualità degli ambienti in cui si vive e si lavora e quindi sul benessere delle persone. Il conseguimento del benessere termico, cioè lo stato di piena soddisfazione nei confronti dell'ambiente stesso, costituisce una condizione indispensabile e prioritaria per il conseguimento del benessere totale sia per gli ospiti della RSA che per i lavoratori.

La valutazione strumentale dei parametri termoigrometrici degli ambienti (tra cui: temperatura dell'aria, umidità relativa, velocità dell'aria, temperatura media radiante) è fondamentale per la definizione del livello di rischio da contagio associato agli impianti di areazione. I parametri in uscita ottenuti da un'efficace campagna di rilievi strumentali del microclima devono infatti rappresentare i dati in ingresso nel processo di calcolo delle probabilità associate al rischio di contagio da virus SarS-CoV-2 connesso agli impianti di areazione dei locali.

7.3.2 PARAMETRI PER IL CALCOLO DELLA PROBABILITÀ DI CONTAGIO DA VIRUS SARS-COV2-19

Alla base del processo di individuazione di un metodo efficace per il calcolo del rischio da infezione derivante dagli impianti aeraulici si prendono in esame i principali modelli sperimentali (per esempio: Modello probabilistico di Wells-Riley integrato con la formula di Gammaitoni-Nucci) in grado di definire la probabilità di infezione nei confronti di una malattia trasmissibile via aerosol correlando il rischio di contagio a parametri specifici relativi al patogeno, al numero di soggetti infettivi, al volume dell'ambiente trattato, alla portata di aria non contaminata immessa ed al tempo di esposizione e di contaminazione.

Il rischio di infezione da virus Sars-CoV-2 è funzione della probabilità di accadimento (probabilità) dell'evento incidentale per il valore della gravità del danno (magnitudo).

Tra i principali fattori di probabilità si riscontrano alcuni dei parametri termoigrometrici che caratterizzano l'ambiente specifico e che possono essere valutati tramite rilievo strumentale, quali:

- Fattore Q = portata di rinnovo [m³ ora per persona]
Portate di rinnovo minori di 200 m³/h p inducono un incremento della probabilità di infezione
- Fattore T = temperatura dell'aria [°C]
Temperature ideali comprese tra 20-24 °C (inverno) e 23-26 °C (estate) riducono la probabilità di infezione
- Fattore UR = umidità relativa [%]
Valori di umidità relativa > 70% e < 30% caratterizzano condizioni di aria secca/umida con conseguente incremento della probabilità di infezione
- Fattore VA = velocità dell'aria [m/s]
Velocità maggiori di 0,25 m/s determinano interazione con il getto. Velocità maggiori di 2 m/s determinano il trascinarsi di gocce che non formerebbero aerosol, aumentando in modo significativo il rischio di sospensione di carica virale. Per velocità maggiori di 0,25 m/s si ha un incremento della gittata delle gocce con conseguente riduzione dell'efficacia del distanziamento interpersonale.

Il modello di calcolo della probabilità di infezione dovuta all'utilizzo dell'impianto così ipotizzato:

- è indipendente del parametro umano (numero di occupanti di ogni singolo ambiente), perché in funzione dell'età, del sesso, del loro tasso di respirazione polmonare e dal tipo di attività che svolgono si avrebbero delle variabili molto complicate da gestire in termini di calcolo;
- è indipendente dalla quanta virale (carica virale in sospensione e sulle superfici) presente in ambiente;
- è indipendente dal tempo di esposizione del soggetto;
- è dipendente unicamente dal funzionamento dell'impianto per il mantenimento dei parametri termoigrometrici così come previsti dalla norma UNI EN ISO 7730:2006.

7.4 ACQUA E SERVIZI IGIENICI

La legionellosi è una malattia causata da batteri Gram-negativi aerobi del genere *legionella* e si annovera tra le più pericolose ICA che possono presentarsi all'interno di una RSA. I batteri sono ubiquitari e la malattia può pertanto interessare ospiti e operatori, manifestandosi in cluster epidemici (dovuti all'esposizione aerea a una fonte ad elevata virulenza) o in casi isolati (nei soggetti caratterizzati da fattori di rischio individuale).

La legionellosi può manifestarsi con diversi decorsi clinici (polmonite, forma febbrile extrapolmonare o in forma subclinica) e può portare nei casi più gravi (con un tasso di mortalità variabile tra il 10-15%) al decesso della persona che ha contratto l'infezione.

La possibilità di contrarre la legionellosi è direttamente correlabile; alla gestione della rete idrica dell'organizzazione, alla datazione, all'utilizzo e alla struttura degli stessi (per esempio: diramazioni non utilizzate), alla temperatura dell'acqua, alla presenza di nebulizzazione e all'utilizzo discontinuo di stanze (nel caso in cui possano ad esempio rimanere non occupate per lunghi periodi). La colonizzazione del soggetto può avvenire durante le attività svolte ordinariamente all'interno delle RSA quali, ad esempio le docce e le cure igieniche in generale, ma può anche essere legata anche all'esposizione a microclimi sottoposti a climatizzazione con inadeguata gestione dei sistemi di filtraggio o all'inalazione di aerosol generato da sistemi di nebulizzazione e umidificazione dell'aria con una inadeguata gestione degli interventi di trattamento dell'acqua.

Un'efficace strategia di contenimento del rischio biologico legato alla *legionella* non può prescindere dalla costituzione di un gruppo multidisciplinare (con competenze sanitarie, impiantistiche e in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro) e prevede la:

- valutazione del rischio;
- gestione delle misure preventive e protettive per la definizione del rischio che possono avere una duplice natura: tecnico-ingegneristico (legate agli aspetti strutturali e manutentivi delle infrastrutture) e sanitaria (legate all'implementazione di misure proattive per il contenimento dell'infezione);
- definizione di procedure per la gestione delle infrastrutture, (quali ad esempio definizione della frequenza di pulizia e sanificazione dei sistemi di filtraggio, sanificazione batterie di scambio, vasca di raccolta condensa/umidificazione);
- formazione del personale interessato interno all'organizzazione o dei fornitori (per esempio personale delle pulizie e igienisti aeraulici);
- utilizzo dei DPI di protezione delle vie respiratorie, ove necessario (per esempio: in presenza di nebulizzazioni, a carico dell'apparato respiratorio).

Per quanto riguarda invece il rischio di trasmissione del COVID-19, in base a quanto attualmente noto, le acque destinate a consumo umano sono da ritenersi sicure in quanto il virus SARS-CoV-2 non è mai stato ad oggi rilevato in acque destinate al consumo umano.

7.5 MISURE PREVENTIVE PER LA GESTIONE DEGLI IMPIANTI

Il valore associato al rischio di contagio da virus SarS-CoV-2 connesso agli impianti aeraulici così ottenuto e confrontato con relativa matrice di valutazione, permette di associare una specifica classe di rischio all'ambiente in esame, procedendo, se necessario, all'attuazione di misure preventive e gestionali quali:

- ispezione periodica degli impianti aeraulici per verificarne lo stato igienico e manutentivo;
- manutenzione, pulizia meccanica e disinfezione ordinaria periodica degli impianti aeraulici e dei suoi componenti;
- controllo dei parametri operativi degli impianti con la relativa ottimizzazione dei valori microclimatici e del benessere termico, riduzione del rischio di contagio da virus Sars-CoV2-19 e ottimizzazione dei consumi;
- installazione, ove lo si ritenga necessario, di lampade UV, ionizzanti, ecc. di tecnologia e dimensioni appropriate.

7.6 GESTIONE STRUMENTI ED ATTREZZATURE

Nel caso del configurarsi di scenari emergenziali legati alle ICA, la gestione degli strumenti e delle attrezzature deve avvenire in considerazione del potenziale rischio associato all'utilizzo degli stessi nel caso in cui ne sia previsto l'uso promiscuo e si possano configurare come vettori di contagio.

Ove si preveda un utilizzo promiscuo e non dedicato di strumenti e attrezzature, per esempio nei termometri utilizzati per la rilevazione della temperatura anche a soggetti esterni, si devono privilegiare dispositivi non a contatto (per esempio: termoscanner). Qualora ciò non sia possibile (per esempio: stetoscopi o termometri a uso interno) deve essere prevista una disinfezione con alcol etilico al 70% ogni volta che il dispositivo venga usato da un ospite all'altro.

Deve essere considerata la possibilità di individuare aree e spazi dedicati in cui depositare e gestire strumenti e attrezzature per garantire la riduzione del rischio di infezione. Tali spazi sono identificati sia all'interno delle camere degli ospiti che nelle zone di rieducazione, condivisione e stimolazioni sensoriali.

Le modalità da seguire devono essere descritte in protocolli specifici che dettagliano le modalità di ricondizionamento e identifichino i responsabili del processo, per garantire che strumenti e attrezzature non diventino serbatoio di microrganismi. A questo proposito, anche in fase di approvvigionamento, va considerata la qualità del materiale da sanificare in funzione dei prodotti chimici che devono essere utilizzati (per esempio: perossido di idrogeno).

Nell'utilizzo degli strumenti, ove significativo, deve essere inoltre considerato l'errore di misura dichiarato dal fabbricante. Per esempio, nella rilevazione della temperatura corporea, che è dirimente per l'accesso o meno in struttura in relazione alla diffusione del COVID-19, si deve tener conto dell'esistenza di un'approssimazione del termoscanner che abitualmente è dell'ordine di $\pm 0,2$ °C e che pertanto porta il valore limite per l'ingresso in struttura a 37,3 °C (stante il limite di legge a 37,5 °C).

8 PREPARAZIONE E RISPOSTA ALLE EMERGENZE

L'individuazione ed analisi degli scenari emergenziali che possono essere connessi all'insorgenza e diffusione delle ICA all'interno della RSA è effettuata dal CCICA, con l'eventuale supporto del RSPP e di altri responsabili di funzione che possono fornire un contributo operativo nella definizione di misure di prevenzione o contenimento.

Alcuni di questi scenari emergenziali, come verificatosi nel caso del COVID-19, possono impattare sulla continuità operativa delle attività della RSA. Rispetto a tali scenari emergenziali, l'organizzazione deve garantire:

- la creazione di un team di crisi multidisciplinare incaricato della gestione dell'emergenza;
- l'attuazione di un processo di valutazione continua e multidisciplinare del rischio;
- la pianificazione della risposta all'emergenza e del mantenimento dei servizi socio-sanitari e assistenziali nel modo logicamente più praticabile e orientato all'umanizzazione dell'assistenza;
- la definizione di misure preventive e di contenimento;
- la formazione e preparazione dello staff assistenziale e di tutto il personale aziendale;
- le modalità di comunicazione con tutte le parti interessate (interne ed esterne) rilevanti per la gestione dell'emergenza (ospiti, fornitori, parenti, caregiver, visitatori) o impattate dal verificarsi della stessa;
- la necessità e la quantificazione di eventuali DPI, prodotti e attrezzature da rendere disponibili;
- le responsabilità e modalità di controllo delle misure adottate;
- la condivisione e cooperazione con altri enti/istituzioni interessati dall'evento.

Il team di crisi si deve occupare dell'attuazione del ripristino dell'operatività antecedente alla crisi, con attività suddivise in due momenti:

- ripristino immediato;
- normalizzazione, prevista nel medio e/o lungo termine, mediante l'implementazione di un piano di continuità operativa.

8.1 RESILIENZA E CONTINUITÀ OPERATIVA

L'attuazione di un piano di continuità operativa ha lo scopo di gestire la situazione crisi legata al verificarsi di uno scenario emergenziale in maniera controllata e di rendere il sistema resiliente. Le strategie e le modalità operative definite al suo interno devono infatti assicurare che, al verificarsi di eventi straordinari interni o esterni, le attività operative critiche possano continuare a essere svolte o possano essere ripristinate nel più breve tempo possibile.

In particolare, per la formulazione del piano di continuità operativa devono:

- essere individuati tutti i processi operativi che presentano criticità e, rispetto agli stessi devono essere identificate e descritte le ripercussioni di eventuali interruzioni dell'attività operativa a seguito della perdita di una o più risorse critiche;

- definite procedure specifiche in merito alla predisposizione di risorse sostitutive per la tempestiva ripresa dei processi critici. La pianificazione delle procedure da attuare in caso di non disponibilità di risorse critiche (per esempio: operatori che ricoprono funzioni chiave, fornitura di acqua potabile ecc.) devono essere dettagliate e sottoposte a prova;
- essere previste verifiche periodiche, a intervalli definiti, atte a garantire l'implementazione, l'efficacia e l'attualità del piano di continuità operativa.

La criticità dei processi deve essere valutata con la seguente classificazione:

- Critico: il servizio deve essere garantito in ogni evento e scenario. Un servizio è critico quando la sua perdita ha effetto immediato su:
 - la vita degli ospiti;
 - la sicurezza degli operatori;
 - l'operatività di altri servizi critici;
 - le finanze della struttura;
 - i dati sanitari degli ospiti;
 - la comunicazione e la condivisione di informazioni utili agli altri enti/istituzioni coinvolte nelle fasi di soccorso.

Questi servizi devono essere garantiti ininterrottamente.

- Essenziale: il servizio deve essere garantito. La perdita di un'attività essenziale ha effetto immediato su:
 - rischio per la salute o la sicurezza degli ospiti e degli operatori;
 - adempimento di obblighi legali;
 - operatività di altre attività essenziali;
 - reputazione della struttura (fiducia istituzionale).

In caso di interruzione, questi servizi devono essere riattivati entro 3 giorni dall'evento.

- Prioritario: il servizio potrebbe subire riduzioni all'interno della struttura. La perdita di questa attività potrebbe portare la struttura a:
 - fallire il pieno adempimento di obblighi legali;
 - incidere negativamente sull'operatività delle attività essenziali e critiche;
 - incidere negativamente sulla reputazione della struttura ospedaliera.

In caso di interruzione, queste attività devono essere ripristinate entro 7 giorni dall'evento.

- Di supporto: il servizio potrebbe essere sospeso all'interno della struttura. Questi servizi sono comunque necessari per il corretto funzionamento della struttura e dovrebbero essere ripristinati il più presto possibile.

Il piano di continuità operativa deve essere sottoposto a riesame da parte del team di crisi e del CCICA e, quindi, all'approvazione della direzione della struttura.

8.2 APPLICAZIONE E INTENSIFICAZIONE DELLE PRECAUZIONI DI RIFERIMENTO

Indipendentemente dal verificarsi reale o potenziale di un'emergenza sanitaria legata alle ICA, il personale sanitario, di assistenza e il personale incaricato dello sporzionamento e della somministrazione degli alimenti durante l'orario di servizio deve:

- rimuovere orecchini, collane, anelli, bracciali, orologio e qualsiasi altro dispositivo non necessario all'erogazione della prestazione assistenziale, in quanto possono essere contaminati da materiale biologico e costituire un vettore per virus e batteri favorendone la diffusione anche al di fuori degli ambienti sanitari. L'utilizzo degli anelli, per esempio, non assicura un'efficace igiene delle mani neanche applicando le procedure di lavaggio indicate dal Ministero della Salute (si dovrebbe procedere a una separata igienizzazione con perdite di tempo, maggiori costi e consumo di prodotti detergenti e igienizzanti);
- curare la barba e mantenere i capelli in ordine;
- mantenere le unghie corte (pareggiate fino all'attaccatura) e prive di smalto. Le unghie lunghe, così come le unghie finte possono danneggiare i guanti e altri DPI forniti in dotazione, costituire un punto di accumulo di materiale biologico e, quindi, un vettore per virus e batteri;
- gestire correttamente gli abiti da lavoro e i DPI.

Il mancato rispetto di tali semplici disposizioni può invalidare l'efficacia di tutte le altre misure messe in campo dall'organizzazione e incrementare il rischio per sé stessi, gli ospiti e tutte le persone con cui si hanno dei contatti.

Allo scopo di permettere il rispetto delle precauzioni igieniche personali la struttura deve rendere disponibili:

- idonee attrezzature (per esempio, negli spogliatoi: armadietti a doppio scomparto che possano garantire la separazione fra abiti personali e indumenti da lavoro);
- dotazione dei servizi igienici con dispenser di sapone, gel alcolico igienizzante, carta asciugamani;
- gel idroalcolico igienizzante nelle postazioni maggiormente accessibili al personale (per esempio nelle infermerie, sui carrelli delle medicazioni, ecc.).

Gli erogatori di prodotti detergenti o di gel idroalcolico igienizzante devono essere accessibili a tutti i lavoratori e devono essere collocati in punti segnalati e facilmente individuabili (soprattutto a inizio e fine percorso).

8.3 GESTIONE MENSE AZIENDALI

In un contesto emergenziale un ambiente presso cui il rischio di trasmissione diventa più elevato è la mensa aziendale.

È importante, quindi, organizzare il servizio tenendo conto dei seguenti principali elementi critici:

- ingresso e predisposizione di una fila al bancone per la composizione del vassoio in cui è necessario garantire il distanziamento;

- contatto con vassoi e stoviglie passate dal personale del servizio di ristorazione per cui risulta importante l'igienizzazione delle mani;
- consumo del pasto senza mascherina in compagnia di altro personale, per cui è ancora più importante il rispetto del distanziamento;
- utilizzo di bottiglie, brocche o distributori di acqua comuni tra il personale seduto allo stesso tavolo.

Per superare tali criticità l'organizzazione deve:

- individuare attraverso segnaletica sul pavimento il corretto distanziamento lungo la fila per la composizione del vassoio;
- collocare, all'inizio della fila, un dispenser di gel per l'igienizzazione delle mani;
- individuare con apposita segnaletica i posti che è possibile occupare attorno al tavolo assicurandosi di garantire il distanziamento;
- fornire un distributore di acqua (possibilmente wireless) in cui ogni dipendente può riempire il proprio bicchiere personale;
- prevedere la fornitura di condimenti monouso per i pasti (olio, aceto, sale, pepe, ecc.);
- comunicare all'ingresso della mensa:
 - la procedura di igienizzazione delle mani con gel igienizzante,
 - le buone prassi mediante l'affissione di un opuscolo,
 - le nuove modalità di disposizione di tavoli e sedie mediante una locandina.

È opportuno, inoltre, prevedere il divieto di ingresso a mensa e consumo del pasto indossando la divisa con cui viene svolta l'attività sanitaria. Al personale sanitario che svolge un turno continuativo per cui non è consigliato dismettere la divisa prima di recarsi a mensa, è fornito un camice monouso all'ingresso dei locali della mensa.

8.4 APPROVVIGIONAMENTO

L'organizzazione deve gestire i propri fornitori critici in termini di impatto sulla diffusione delle ICA tenendo conto:

- della tipologia di fornitura effettuata e del rischio intrinseco associato alla stessa;
- dell'insorgenza di rischi interferenziali.

Laddove il prodotto o servizio offerto sia da ritenersi critico o impattante sul rischio, per esempio:

- ristorazione collettiva;
- lavanolo;
- pulizie;
- manutenzione elettromedicali;
- manutenzione impianti;
- servizi funerari;

devono essere richieste al fornitore le specifiche procedure messe in atto per la gestione del rischio legato alla diffusione delle ICA e, in particolare, per la gestione di scenari emergenziali quali quelli legati al COVID-19.

L'individuazione dei fornitori il cui prodotto/servizio offerto è da considerare critico o impattante sul rischio è favorito da una strutturata attività di valutazione dei fornitori elaborata almeno annualmente. Tale monitoraggio, che individua anche i fornitori critici in base ai fattori suddetti, consente di verificare la conduzione degli audit interni e le eventuali criticità già rilevate, la valutazione della struttura responsabile di quel contratto anche in termini di precisione, puntualità e competenza. Con questo sistema, oltre ad avere immediato riscontro dei fornitori critici per la specifica tipologia di prodotto o servizio offerto, si ha contezza anche di eventuali altre criticità in essere e del loro grado di impatto sul rischio di diffusione delle ICA (o del COVID-19).

Qualora possano insorgere rischi interferenziali fra personale del fornitore e personale aziendale in accordo alle disposizioni legislative vigenti⁸, considerata la eventuale situazione emergenziale, devono essere organizzate riunioni di cooperazione e coordinamento con tutte le parti interessate interne (ufficio tecnico, ufficio qualità, ufficio acquisti, Servizio di Prevenzione e Protezione, referenti per la parte sanitaria, ecc.) ed esterne (quali: imprese appaltatrici, imprese esecutrici, lavoratori autonomi e rispettivi RSPP). Tali riunioni possono essere organizzate anche a distanza (per esempio, in video o call conference), ma devono essere verbalizzate a cura dell'organizzatore che provvede a condividere il verbale con tutti i partecipanti. I fornitori che operano nel sito (manutentori, fornitori, addetti alle pulizie e vigilanza) devono comunicare tempestivamente alla direzione della struttura eventuali problematiche relative ai propri lavoratori (per esempio, casi di propri lavoratori che risultino positivi al tampone COVID-19) allo scopo di permettere la collaborazione con l'autorità sanitaria e l'individuazione di misure di prevenzione e protezione e l'effettuazione del tracciamento di contatti a rischio. In occasione di tali riunioni, il datore di Lavoro della RSA (committente):

- deve fornire indicazioni in merito alle misure di prevenzione e protezione attuate all'interno della struttura cui i fornitori esterni devono attenersi e aggiornarli costantemente anche attraverso l'invio di comunicazioni via mail (predisposizione di mailing list specifiche per i fornitori critici individuati).

Nel caso dello sviluppo di scenari pandemici emergenziali, come quello legato alla diffusione del SARS-COV-2, il datore di lavoro della RSA deve:

- ove applicabile, chiedere ai fornitori esterni una auto-dichiarazione (ai sensi delle disposizioni legislative vigenti⁹) dell'avvenuta applicazione delle eventuali misure preventive integrative disposte dalle autorità competenti volte a tutelare la salute pubblica con particolare riferimento all'avvenuta informazione dei lavoratori circa l'obbligo di astensione dal lavoro nel caso dell'insorgere di sintomi riconducibili all'infezione (per esempio: febbre nel caso del COVID-19), nonché alle norme di buona prassi allegate ai decreti emessi da Autorità pubbliche nonché ogni altra prescrizione e/o raccomandazione emanata, per limitare l'espandersi della malattia;

⁸ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il Decreto Legislativo 81/08, art. 26 e s.m.i.

⁹ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il D.P.R. 445/2000.

- chiedere ai fornitori esterni l'invio delle procedure specifiche o eventuali documenti operativi predisposti per la gestione dei rischi relativi all'ICA e impattanti sul servizio erogato per la RSA;
- definire le modalità di tracciabilità degli accessi;
- limitare e documentare l'eventuale impiego di personale presso la struttura e a rotazione presso altre strutture sanitarie;
- definire le modalità di comunicazione fra la direzione della RSA e il fornitore, qualora il caso lo richieda (per esempio qualora si riscontri un caso confermato o sospetto di COVID-19).

In linea generale, si deve limitare e, ove possibile, impedire l'accesso dei fornitori esterni alla struttura allo scopo di ridurre il rischio di insorgenza e diffusione del COVID-19.

Qualora l'ingresso del fornitore in struttura non sia evitabile, deve essere ridotta al minimo la possibilità di contatto fra lo stesso e l'ospite di struttura. Devono essere pertanto sospese le attività svolte in struttura da personale esterno che, per loro stessa natura, non permettono di ridurre tale rischio quali, ad esempio, parrucchiere e podologo.

I fornitori che accedono in struttura devono, in ogni caso:

- attenersi alle disposizioni ricevute;
- utilizzare all'interno della struttura mascherine chirurgiche e guanti e, più in generale, gli specifici DPI previsti per il luogo o l'attività svolta, in accordo alle corrette modalità di utilizzo dei DPI descritte di seguito. Nei casi in cui siano previsti DPI di terza categoria, quali per esempio mascherine facciali filtranti, il fornitore deve dare evidenza della distribuzione e dell'addestramento in merito all'utilizzo degli stessi;
- utilizzare servizi igienici dedicati diversi da quelli destinati al personale;
- avere una specifica formazione in materia di prevenzione delle ICA, con riferimento alle modalità di trasmissione del COVID-19;
- fornire un'autodichiarazione in merito all'applicazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalle disposizioni legislative vigenti¹⁰;
- seguire percorsi definiti nell'accesso e il transito all'interno della struttura;
- sottoporsi alla rilevazione della temperatura corporea all'ingresso e all'uscita dalla struttura;
- compilare l'autocertificazione e il registro degli accessi al momento dell'ingresso in struttura;
- essere a conoscenza dell'impossibilità di fare ingresso in struttura in caso di temperatura corporea superiore a 37.5 °C o in presenza di sintomi riconducibili a infezione respiratoria acuta;

¹⁰ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il "Protocollo condiviso di aggiornamento delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2/COVID-19 negli ambienti di lavoro" del 6 aprile 2021.

- essere a conoscenza delle modalità di comunicazione da attivare all'interno e all'esterno della struttura in caso di insorgenza dei sintomi durante lo svolgimento delle attività;
- disporre di interfacce e canali di comunicazione con i referenti di struttura.

Quanto sopra indicato assume una particolare rilevanza per quanto riguarda i fornitori di alimenti, personale esterno incaricato della ristorazione collettiva e/o gestione del bar.

Sebbene, infatti, non si abbiano evidenze della trasmissione alimentare del virus e sebbene l'OMS abbia valutato come altamente improbabile la possibilità di contrarre il COVID-19 tramite gli alimenti o tramite gli imballaggi alimentari¹¹, è tuttavia importante circoscrivere il rischio legato alla presenza di soggetti potenzialmente infetti tra i lavoratori o il rischio connesso ad errate pratiche di conservazione, lavorazione e somministrazione degli alimenti.

In aggiunta a tutte le indicazioni sopra riportate è opportuno richiedere, nei contesti emergenziali quali il COVID-19, un protocollo attuativo o un addendum al piano HACCP, con la descrizione delle misure attuate ed effettuare audit di seconda parte per verificarne l'attuazione.

In particolare, devono essere verificati:

- l'esistenza di piani di sanificazione validati;
- l'evidenza di attuazione dei piani di sanificazione;
- l'utilizzo di prodotti chimici idonei alle superfici e all'agente infettivo da eliminare (per esempio che risultino efficaci rispetto ai virus incapsulati nel caso del SARS-COV-2);
- il rispetto delle temperature di cottura e conservazione degli alimenti a temperatura controllata;
- l'attuazione di programmi di formazione specifici erogati al personale alimentarista;
- le indicazioni di astensione dal lavoro nel caso di sintomatologia compatibile con le malattie trasmissibili con gli alimenti e, come previsto per il COVID-19, nel caso di sintomatologia da infezione respiratoria o febbre.

NOTA Sebbene non si abbiano evidenze della trasmissione alimentare del virus e sebbene l'OMS abbia valutato come altamente improbabile la possibilità di contrarre il COVID-19 tramite gli alimenti o tramite gli imballaggi alimentari¹², è tuttavia importante circoscrivere il rischio legato alla presenza di soggetti potenzialmente infetti o ad errate pratiche di conservazione, lavorazione e somministrazione degli alimenti.

8.5 DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Il Datore di Lavoro, sulla base delle risultanze della valutazione dei rischi e delle eventuali indicazioni fornite dalle autorità competenti per la specifica situazione emergenziale, con il supporto del team di

¹¹ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il rapporto ISS COVID-19 n. 17/2020 del 19/04/2020.

¹² Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il rapporto ISS COVID-19 n. 17/2020 del 19/04/2020.

crisi, deve riesaminare i DPI in dotazione ai lavoratori e valutarne idoneità, conformità alla pertinente normativa vigente ed eventuali necessità di integrazione.

La dotazione minima di DPI per le stanze con ospiti contagiati o sospetti può essere infatti ampliata con diversi dispositivi in relazione alla natura dell'ICA e alle modalità di trasmissione (per esempio nel caso del COVID-19 con le mascherine facciali filtranti FFP2 e FFP3 sprovviste di valvola, al fine di trattenere l'espirato).

Qualora i DPI forniti siano classificati come dispositivi di III° categoria (per esempio mascherine facciali filtranti Ffp2 e Ffp3), il datore di lavoro deve assicurare una formazione adeguata e organizzare uno specifico addestramento circa l'uso corretto e l'utilizzo pratico del DPI. I lavoratori devono essere resi competenti e consapevoli anche in merito alle corrette modalità di vestizione e svestizione. Per queste attività devono essere previste opportune procedure che devono essere attuate sotto la supervisione di personale esperto. Al fine di assicurare che le procedure raggiungano lo scopo che l'organizzazione si è prefissata, devono essere utilizzate, diverse modalità comunicative. Per esempio, la procedura che descrive la sequenza di vestizione e svestizione dei DPI può essere strutturata come segue:

- una semplice descrizione testuale della sequenza da attuare;
- una sequenza fotografica della sequenza da attuare affiancata da una breve descrizione testuale;
- un video tutorial con la descrizione verbale della sequenza da attuare.

Si riporta di seguito un esempio di procedura di vestizione e svestizione applicata per la gestione dell'emergenza da COVID-19.

- Fase di vestizione
 - verificare:
 - di non avere indosso monili/tesserini identificativi e, ove presenti, rimuoverli,
 - la disponibilità di tutto il kit necessario,
 - la presenza di un contenitore RSP per lo smaltimento dei rifiuti monouso,
 - la presenza di un secchio (per esempio, base del contenitore per i taglianti),
 - l'integrità dei DPI;
 - igienizzarsi le mani in accordo alle disposizioni ministeriali vigenti¹³;
 - inserire nella tasca della divisa una mascherina chirurgica da utilizzare al termine della svestizione;
 - indossare camice monouso idrorepellente con polsini;

¹³ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore la Procedura emanata dal Ministero della Salute, Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, World Health Organization versione 1 dell'ottobre 2006.

(link: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/Poster-Come%20lavare%20le%20mani_A21.pdf)

- indossare un paio di guanti assicurando di chiudere bene il polsino del camice all'interno del guanto;
 - indossare una mascherina chirurgica e regolare, ove presente, l'archetto nasale (per procedure che generano aerosol indossare FFP2 o FFP3 ed effettuare prova di tenuta);
 - indossare occhiali di protezione e/o schermo protettivo.
- Fase di svestizione
- rimuovere il camice unitamente ai guanti e smaltire il tutto nel RSP;
 - igienizzare le mani in accordo alle disposizioni ministeriali vigenti¹⁴;
 - rimuovere lo schermo di protezione e/o gli occhiali e posizzarli nel secchio a disposizione per poi procedere alla successiva decontaminazione (nel caso di DPI riutilizzabili);
 - rimuovere la mascherina maneggiandola dalla parte posteriore (elastici) e smaltirla nel RSP;
 - igienizzarsi le mani in accordo alle disposizioni ministeriali vigenti¹⁵;
 - indossare la mascherina chirurgica.

Oltre alla conformità e all'adeguatezza, il datore di lavoro deve garantire la disponibilità di un numero adeguato di DPI (così come di gel idroalcolico, disinfettanti, ecc.) tenendo conto di: posti letto, numerosità del personale di assistenza, numero minimo di kit di DPI da predisporre per far fronte a all'emergenza (per esempio: kit monouso per casi sospetti o confermati COVID 19), eventuale personale esterno avente accesso in struttura (per esempio: medico di medicina generale), tempi di riordino dei dispositivi e dell'adozione di eventuali coefficienti maggiorativi di sicurezza. Il processo di approvvigionamento aziendale deve essere riesaminato per valutarne continuità ed efficacia e devono essere definite e garantite le responsabilità e modalità di verifica di conformità (per esempio: richiesta documenti, consultazioni di siti istituzionali) e il metodo di gestione delle scorte dei DPI. L'archiviazione della documentazione acquisita e verificata (per esempio: dichiarazione di conformità CE, certificato di esame UE del tipo, autorizzazione in deroga, ecc.) o prodotta (per esempio: verbale di verifica di conformità del DPI) deve essere garantita: sia per documentare i controlli preliminari all'acquisto, sia perché deve essere fornita su richiesta in caso di ispezione da parte degli organi di vigilanza.

¹⁴ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore la Procedura emanata dal Ministero della Salute, Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, World Health Organization versione 1 dell'ottobre 2006.

(link: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/Poster-Come%20lavare%20le%20mani_A21.pdf)

¹⁵ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore la Procedura emanata dal Ministero della Salute, Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, World Health Organization versione 1 dell'ottobre 2006.

(link: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/Poster-Come%20lavare%20le%20mani_A21.pdf)

8.6 PROTEZIONE DEI DATI NEGLI SCENARI EMERGENZIALI

Nel presente punto sono elencati gli adempimenti che l'organizzazione deve porre in essere per garantire il rispetto delle prescrizioni in materia di protezione dei dati personali nel contesto emergenziale, sulla base dei principi delle disposizioni legislative vigenti¹⁶. Si rappresenta che, nell'ambito di particolari contesti emergenziali, l'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali potrebbe fornire specifiche prescrizioni di dettaglio ad integrazione della normativa vigente, come avvenuto durante l'emergenza COVID-19.

– INGRESSO IN STRUTTURA

Il contesto emergenziale potrebbe comportare per la struttura, la necessità o l'opportunità di tracciare gli ingressi del personale, di pazienti e visitatori, eventualmente condizionando l'accesso degli stessi a misurazione della temperatura e/o ulteriori rilevazioni o somministrazione di questionari informativi.

Tali attività, comportando un trattamento di dati personali (anche laddove si tratti esclusivamente di consultazione - es. verifica possesso Green Pass -), devono essere effettuate garantendo il rispetto dei principi fondamentali della legislazione vigente, che di seguito sono indicati con degli esempi a supporto.

- a) **Liceità:** affinché l'attività sia lecita, è necessario che vi sia un fondamento giuridico alla base del trattamento (per esempio: consenso, esecuzione di un contratto/servizio, obbligo legale, salvaguardia di interesse vitale, interesse pubblico, legittimo interesse). Si ritiene che, in un contesto emergenziale, il consenso dell'interessato non costituisca fondamento giuridico idoneo a rendere lecito il trattamento, a prescindere dall'attività svolta, in quanto potrebbe risultare condizionato, perdendo le sue caratteristiche intrinseche di libertà e facoltatività. Fondamento giuridico idoneo sarebbe, invece, la presenza di un obbligo legale (per esempio: legge o atto avente forza di legge che imponga l'acquisizione dei dati di coloro che accedono ad una struttura nell'ambito di un'emergenza sanitaria in atto), come anche il legittimo interesse del titolare del trattamento, il quale tuttavia richiede una comparazione con i diritti degli interessati al fine di accertare la prevalenza dell'interesse legittimo del titolare su tali diritti (per esempio: nel contesto emergenziale, l'interesse del titolare di contenere i rischi legati all'emergenza sanitaria prevarrebbe sul diritto dei visitatori di non fornire i propri dati personali in ingresso). In ogni caso, così come avvenuto durante l'emergenza COVID-19, le attività che abbiano ad oggetto trattamento di dati relativi alla salute (per esempio: misurazione temperatura, saturazione dell'ossigeno, ecc.) sono solitamente prescritte o raccomandate da specifici atti aventi forza di legge, decreti ministeriali o ordinanze regionali. In tali ipotesi tenere in dovuta considerazione la presenza di

¹⁶ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati).

casistiche di esclusione di divieto di trattamento di dati relativi alla salute previste da eventuali disposizioni legislative vigenti¹⁷.

- b) Trasparenza: qualsiasi attività di trattamento deve essere fedelmente portata a conoscenza degli interessati, attraverso informazioni chiare e semplici, da rendere prima di trattare i dati (o alla prima occasione utile di contatto) e che diano evidenza delle finalità e modalità del trattamento, nonché di eventuali destinatari dei dati, dei tempi di conservazione degli stessi ecc. (per esempio: nel richiedere la compilazione di un questionario in ingresso o contestualmente alla misurazione della temperatura deve essere fornita agli interessati un'informativa sul trattamento dei dati, eventualmente anche mediante affissione ben visibile nell'area di ingresso).
- c) Limitazione delle finalità: i dati acquisiti nel contesto emergenziale al fine di tracciare gli ingressi in struttura possono essere utilizzati solo per tale finalità. La limitazione delle finalità è un principio che delinea il perimetro del trattamento, per cui i medesimi dati oggetto di trattamento non possono formare oggetto di ulteriore trattamento per un'altra finalità (per esempio: i dati di contatto di un visitatore, acquisiti in ingresso per finalità di tracciamento nel contesto emergenziale, non potranno essere utilizzati per finalità promozionali dei servizi offerti dalla struttura).
- d) Minimizzazione dei dati: i dati acquisiti in ingresso devono essere quelli strettamente necessari per assolvere la finalità del trattamento e, pertanto, non eccedenti; minimizzare i dati significa, pertanto, rendere proporzionato il trattamento alla finalità che si intende perseguire (per esempio: risulterebbe violato il principio di minimizzazione se si richiedessero dati ultranei rispetto a quelli che siano necessari per garantire che l'accesso in struttura sia tracciato e siano contenuti i rischi di propagazione dell'emergenza).
- e) Limitazione della conservazione: sin dalla progettazione, il titolare del trattamento (per esempio: la struttura sanitaria) deve prevedere un periodo di conservazione congruo e commisurato al raggiungimento della finalità. Limitare la conservazione a quanto necessario costituisce una garanzia nei confronti degli interessati, affinché i dati trattati siano utilizzati per un lasso di tempo non perpetuo e con logica correlata allo scopo per cui sono stati raccolti (per esempio: i dati acquisiti per tracciare gli accessi alla struttura non possono essere conservati per un periodo particolarmente esteso, considerato che la finalità di contenimento dei rischi può essere raggiunta nell'immediato - come per i casi di divieto di accesso per temperatura rilevata al di sopra della soglia ritenuta di rischio - ovvero in un lasso di tempo breve - come per i casi di comunicazione alle Autorità Sanitarie di eventuali casistiche di rischio).
- f) Integrità e riservatezza: i dati trattati devono essere sempre protetti con misure di sicurezza idonee a garantirne la disponibilità, l'integrità e la riservatezza, onde evitare possibili violazioni di dati personali (per esempio: per indisponibilità, perdita o

¹⁷ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (noto come GDPR-General Data Protection Regulation).

diffusione). È il titolare del trattamento a scegliere in autonomia le misure di sicurezza ritenute adeguate, seguendo un approccio basato sul rischio (per esempio: svolgendo una Privacy risk analysis) e avendo cura e onere di dimostrare il rispetto dei principi in materia di protezione dei dati (per esempio: in caso di tracciamento degli ingressi sarebbe certamente necessario garantire che tutti i dati acquisiti siano conservati in archivi sicuri e sarebbe altrettanto fondamentale dotarsi di una istruzione operativa/linea guida che preveda tutti le fasi del trattamento, disegnandone il flusso dall'acquisizione dei dati sino alla loro cancellazione).

– REGISTRO DEI TRATTAMENTI

Qualsiasi nuova attività di trattamento posta in essere nell'ambito del contesto emergenziale deve essere sinteticamente descritta all'interno del registro delle attività di trattamento (tenuto ai sensi delle disposizioni legislative vigenti¹⁸) inserendo le informazioni previste da tale norma, quali per esempio, dati del titolare del trattamento, finalità del trattamento, fondamento giuridico, eventuali destinatari, misure di sicurezza adottate, ecc.

– ISTRUZIONI AL PERSONALE AUTORIZZATO

Il contesto emergenziale, potendo comportare nuovi trattamenti rispetto a quelli di routine, implica la necessità di aggiornamento del personale in termini di istruzione e formazione su come trattare i dati personali degli interessati.

In particolare, devono ricevere istruzioni specifiche coloro che si occupano delle attività legate allo stato di emergenza (per esempio: su modalità di somministrazione dei questionari in ingresso a visitatori, su modalità per garantire riservatezza e dignità del soggetto con temperatura superiore al limite, su eventuale controllo del Green Pass per accesso a servizi, ecc.).

– SICUREZZA DEGLI ARCHIVI E/O SISTEMI

Sotto il profilo tecnico, è opportuno garantire adeguate misure di sicurezza fisica e logica a tutela dei dati raccolti, al fine di proteggere gli archivi e i sistemi in cui i dati sono conservati, da eventuali accessi non autorizzati e preservare la riservatezza e l'integrità delle informazioni (per esempio: con riferimento alle modalità di conservazione dei dati su cui sono annotate le rilevazioni, lo stesso deve essere conservato in locali ad accesso riservato – per esempio ingresso con badge, limitato a chi è autorizzato - come ulteriore misura di sicurezza rispetto all'armadio con chiave)¹⁹.

Qualora siano utilizzati strumenti automatizzati per effettuare rilevazioni, a maggior ragione se ci si avvale di strumenti di intelligenza artificiale, è necessario, oltre all'effettuazione di una

¹⁸ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati), art. 30.

¹⁹ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati), art. 32.

analisi del rischio privacy, effettuare una valutazione di impatto sulla protezione dei dati, ai sensi delle disposizioni legislative vigenti²⁰, al fine di valutare le misure di sicurezza utilizzate e l'impatto che gli strumenti adoperati hanno sui diritti degli interessati.

– LAVORO AGILE (SMART WORKING)

Uno stato di emergenza potrebbe comportare la necessità di intensificare, laddove possibile (per esempio: personale amministrativo), il ricorso al lavoro agile (o smart working). L'utilizzo di dispositivi di lavoro al di fuori della struttura espone a maggiori rischi di attacchi informatici non solo rispetto ai dati contenuti all'interno dei dispositivi utilizzati (per esempio: pc, smartphone aziendali), ma, soprattutto, rispetto alle reti e ai sistemi di tutta l'organizzazione, per la capacità di tali dispositivi di accedere da remoto alle risorse aziendali tramite connessione a reti esterne e spesso non adeguatamente protette, e/o tramite dispositivi non controllati dall'organizzazione stessa.

Pertanto, la struttura dovrebbe rafforzare le misure di sicurezza tecniche e organizzative attraverso:

- a) l'accesso remoto ai sistemi aziendali esclusivamente tramite canale di comunicazione sicuro e cifrato, in particolare tramite attivazione di una VPN (Virtual Private Network);
- b) l'aggiornamento automatico del sistema operativo, nonché l'installazione di software antivirus e antimalware, garantendone il costante aggiornamento e funzionamento;
- c) fornendo al personale ulteriori istruzioni nel corretto utilizzo delle risorse informatiche, aggiungendo le indicazioni necessarie e aggiuntive rispetto alla nuova modalità di lavoro a distanza (per esempio: sulla custodia dei dispositivi aziendali, sul loro trasporto, ecc.).

Per contrastare in modo efficace gli attacchi informatici, è consigliabile fornire anche indicazioni e formazioni continue in materia di cyber security: al fine di ridurre attacchi informatici è dunque importante affrontare il problema all'origine intervenendo sul fattore umano del rischio cyber, tramite formazione e corsi orientati alla consapevolezza (per esempio: invitando il personale a prestare massima attenzione all'indirizzo email da cui riceve le comunicazioni, evitando di aprire allegati o link sospetti, ecc.).

8.7 COMPETENZA E CONSAPEVOLEZZA

La direzione della RSA ha la responsabilità di:

- riesaminare ed eventualmente integrare i programmi formativi rivolti al proprio personale.

Il personale sanitario e di assistenza è già in possesso di formazione in merito all'utilizzo dei DPI e, ove previsti, anche addestrato all'uso dei DPI di terza categoria (per esempio: filtranti facciali), in quanto esposto a rischio biologico. Ciò nonostante, nel caso di utilizzo di kit specifici di DPI che prevedono dispositivi aggiuntivi, quali le tute per il rischio biologico (come

²⁰ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati), art. 35 e ss.

avvenuto per il COVID-19), la formazione e l'addestramento devono essere ripetuti, con particolare riferimento alle procedure di vestizione e svestizione dei DPI. Quando necessario tale formazione e addestramento deve essere estesa, limitatamente all'uso effettuato dagli operatori, anche al personale non sanitario (per esempio: personale amministrativo), che in situazioni non emergenziali non utilizza DPI;

- richiedere ai fornitori l'evidenza della formazione e addestramento effettuati e di conservare tali informazioni documentate al fine di dimostrare la competenza del personale esterno coinvolto in processi critici.

Tutto il personale dei fornitori ritenuti impattanti rispetto agli scenari emergenziali connessi alle ICA (per esempio: addetti alle pulizie, manutentori) deve ricevere dal proprio datore di lavoro una formazione specifica sulle precauzioni standard, base, sulle modalità di prevenzione della trasmissione delle stesse e sull'utilizzo dei DPI. Ove applicabile, come nel caso del personale esterno con accesso alle stanze di persone con casi sospetti o confermati COVID-19, deve essere effettuato anche l'addestramento all'uso dei DPI di terza categoria. Il personale alimentarista, addetto alla preparazione e somministrazione dei pasti o alla gestione del bar, deve ricevere, in aggiunta a quanto sopra indicato, una formazione specifica sui pericoli legati alla diffusione delle ICA in ambito alimentare e deve essere sensibilizzato rispetto alle buone pratiche di igiene, alla corretta gestione dei cibi a temperatura controllata e, ove applicabile, alla prevenzione della contaminazione crociata;

- assicurare adeguata e costante informazione e sensibilizzazione di tutte le parti interessate, quali visitatori, residenti, fornitori, caregiver, rispetto alle regole della struttura e alle motivazioni che sottendono alle stesse.

Per esempio, nel caso del COVID-19:

- l'obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre (oltre 37.5°) o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio Medico di medicina generale e l'Autorità sanitaria;
 - la consapevolezza e l'accettazione del fatto di non poter fare ingresso o di poter permanere in azienda e di doverlo dichiarare tempestivamente laddove, anche successivamente all'ingresso, sussistano le condizioni di pericolo (sintomi di influenza, temperatura, provenienza da zone a rischio o contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti, ecc.) in cui i provvedimenti del Ministero della Salute impongono di informare il Medico di medicina generale e l'Autorità sanitaria e di rimanere al proprio domicilio;
 - l'impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del datore di lavoro nel fare accesso in azienda (in particolare, mantenere la distanza di sicurezza, osservare le regole di igiene delle mani e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene);
 - l'impegno a informare tempestivamente e responsabilmente il datore di lavoro della presenza di qualsiasi sintomo influenzale durante l'espletamento della prestazione lavorativa, avendo cura di rimanere ad adeguata distanza dalle persone presenti;
- garantire momenti di ascolto e confronto fra gli operatori: attivando sportelli di ascolto, effettuando la raccolta documentale di suggerimenti o segnalazioni, programmando incontri (da effettuare eventualmente da remoto o con le misure previste per le aggregazioni di più

persone). Le segnalazioni emerse devono essere verbalizzate e riesaminate con il comitato CCICA e la Direzione della RSA al fine di individuare attività di miglioramento suggerite bottom-up e eventuali difficoltà di attuazione delle misure intraprese;

Le occasioni di confronto e di ascolto devono essere promosse soprattutto in scenari emergenziali in quanto dalle stesse possono emergere sentimenti di preoccupazione, spunti di miglioramento per le procedure e buone pratiche per l'assistenza. La condivisione dei successi e dei fallimenti può portare, infatti, anche a individuare nuovi elementi utili all'aggiornamento dell'analisi di contesto e consentire quindi una rivalutazione dei rischi e una conseguente ri-pianificazione della strategia aziendale;

- riesaminare e verificare l'efficacia delle misure attuate per garantire la competenza e la consapevolezza in materia di prevenzione e protezione dalle ICA.

9 PIANIFICAZIONE DELLE MODIFICHE ORGANIZZATIVE E DI EVENTUALI RESTRIZIONI

9.1 GESTIONE ACCESSI DI PERSONE ESTERNE ALL'ORGANIZZAZIONE E DELLE USCITE DEGLI OSPITI

L'ingresso di persone esterne all'organizzazione, nel caso di insorgenza e diffusione di un'ICA all'interno della struttura e/o di contesti emergenziali rappresentati da fattori esterni può rappresentare un fattore di rischio significativo che può comportare modifiche organizzative ed eventuali restrizioni che possono arrivare, come nel caso del COVID-19, a vietare, contingentare o regolare (a seconda della fase emergenziale) anche l'ingresso di familiari e caregiver.

Qualora si presenti uno scenario emergenziale legato alle ICA, l'accesso di persone esterne alla struttura è permesso e regolato sulla base delle valutazioni e modalità organizzative definite dal Medico Responsabile, in collaborazione del team di crisi. Dette valutazioni devono tener conto delle condizioni dell'ospite e del visitatore, della logistica della struttura e, ove applicabile della variabilità delle condizioni epidemiologiche. In questo caso deve essere inoltre garantita, preliminarmente all'ingresso, un'efficace informazione dei visitatori, sia rispetto alle condizioni degli ospiti, che sulle regole in atto in struttura comprese quelle di regolamentazione degli isolamenti e dell'eventuale quarantena.

L'informazione e la sensibilizzazione dei visitatori, familiari e caregiver deve essere curata e rafforzata nel tempo, adattando la comunicazione ai destinatari (per esempio ove presenti residenti o operatori di nazionalità diversa, le comunicazioni scritte devono essere tradotte almeno in lingua inglese e create e posizionate in modo tale da garantirne la leggibilità e la massima visibilità). Gli strumenti che possono essere utilizzati possono consistere in promemoria visivi (per esempio: poster, cartelli, volantini, messaggi digitali) che devono, ad esempio, insistere sull'igiene delle mani, sul distanziamento sociale e altre precauzioni, nonché sulla necessità di monitorare il proprio stato di salute. Possono rivelarsi utili allo scopo anche i video-tutorial e corsi realizzati dall'organizzazione o dagli Enti istituzionali. Messaggi e promemoria visivi possono anche essere diffusi attraverso i social media o i siti internet aziendali. Gli stessi strumenti possono essere utilizzati con finalità analoga, per la sensibilizzazione e informazione dei residenti e del personale.

Nel caso del COVID-19, anche in accordo a quanto previsto nelle disposizioni legislative vigenti²¹, allo scopo di diminuire il senso di isolamento dei residenti e di soddisfare le esigenze di caregiver e familiari, il Medico Responsabile deve effettuare un'attenta valutazione in merito alla possibilità di ingresso dei visitatori.

I fattori da considerare per gli accessi di visitatori sono relativi a:

- la definizione delle caratteristiche delle visite (per esempio massimo due visitatori per ospite);
- l'implementazione di un protocollo di ingresso che preveda: lo screening e il tracciamento accessi con conservazione degli stessi per almeno 14 gg e il divieto di introduzione in struttura di cibi e oggetti non sanificabili provenienti dall'esterno;
- la riduzione del numero di visitatori che hanno accesso alla struttura e alla identificazione dei requisiti degli stessi (per esempio: possesso di Certificazione Verde – Green Pass, o attestazione di una di queste tre condizioni: l'avvenuta vaccinazione contro il SARS-CoV-2 con entrambe le dosi o la guarigione dall'infezione negli ultimi sei mesi o la registrazione dell'esito di un tampone negativo effettuato nelle ultime 48 ore e possibilità di vietare l'ingresso ai bambini al di sotto dei 6 anni considerato che per gli stessi non è possibile garantire il rispetto delle misure di prevenzione);
- l'utilizzo dei DPI (per esempio: FFP2 o dispositivi di grado superiore per i visitatori e, compatibilmente con le condizioni cliniche e la tollerabilità dispositivi FFP2 indossati anche dall'ospite);
- l'individuazione di aree dedicate unicamente agli incontri, preferenzialmente all'esterno, compatibilmente con le condizioni climatiche e dell'ospite, o all'interno. Nel caso in cui gli incontri avvengano all'interno devono essere definite misure tecniche e organizzative (relative agli impianti, areazione e sanificazione). Devono essere inoltre individuati i percorsi che, per quanto applicabile, devono dare accesso solo alle aree dedicate alle visite, evitando il passaggio all'interno della struttura;
- il rispetto del distanziamento e alla possibilità di permettere il contatto fisico tra visitatore e ospite secondo le regole di struttura.

Eventuali deroghe, ad esempio le visite all'interno dei nuclei di degenza nel caso di specifiche condizioni psico-fisiche (quali ad esempio il fine vita) possono essere valutate e autorizzate unicamente dal Medico Responsabile.

Qualora l'accesso in struttura dovesse essere vietato, al fine di garantire la comunicazione fra i residenti e i familiari/caregiver, deve essere:

- individuata una figura all'interno della struttura che sia appositamente designata a dare comunicazioni ai caregiver rispetto allo stato di salute del familiare residente;

²¹ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore l'Ordinanza del Ministero della Salute del 8 maggio 2021.

- mantenuta una comunicazione costante fra il referente designato e i caregiver con somministrazione di questionari inviati via email o con intervista telefonica al fine di individuare eventuali reclami o spunti di miglioramento;
- garantita al residente, ove lo stesso sia in condizioni di poter partecipare, la possibilità di partecipare a videochiamate con i propri cari attraverso l'uso di tablet, pc, telefoni messi a disposizione dalla struttura con l'eventuale collaborazione, ove possibile, della psicologa o degli educatori di struttura (vedere punto 12). L'avvicinamento a questi strumenti alternativi e la formazione all'utilizzo degli stessi, deve essere svolta da personale educativo e/o, in alternativa, da personale idoneo a effettuare tale formazione e in grado di verificare l'apprendimento del giusto iter per il funzionamento di tali strumenti.

Le uscite programmate degli ospiti devono essere autorizzate dal Medico Responsabile e valutate con il supporto del Referente COVID-19, eventuali specialisti di supporto e con il Medico di Medicina Generale dell'ospite tenendo conto della:

- rilevanza delle uscite sul progetto assistenziale individuale e delle esigenze dell'ospite;
- stabilità clinica della persona residente e del relativo livello di autonomia e fragilità;
- vaccinazione o contrazione dell'infezione COVID-19 negli ultimi 6 mesi (che possono permettere una maggiore frequenza delle visite in caso di richiesta dell'ospite o di chi ne ha la rappresentatività legale).

Le misure adottate per la gestione degli accessi e delle uscite dalla struttura devono essere formalizzate all'interno di un Patto di condivisione del rischio che deve essere condiviso, nel caso di ingressi, dal visitatore e dall'ospite (se persona cognitivamente competente) e, nel caso di uscite dalla struttura, dall'ospite (se persona cognitivamente competente) o dalle figure legalmente rappresentative (per esempio in caso di incapacità). Nel Patto di condivisione del rischio devono essere specificati:

- i rischi infettivi da SARS-CoV-2 derivanti dalle visite di esterni e dalle uscite programmate degli ospiti;
- i casi per cui è permesso e/o vietato l'accesso (per esempio al verificarsi di cluster o casi positivo tra gli ospiti o il personale);
- il possesso delle certificazioni richieste (Certificazione Verde COVID-19) e delle eventuali eccezioni;
- la necessità di utilizzo di DPI;
- le regole organizzative della struttura;
- gli impegni che devono essere attuati da parte del visitatore (per esempio, igiene delle mani) al momento dell'ingresso in struttura;
- gli impegni che devono essere soddisfatti in caso di uscita programmata dell'ospite (per misure preventive da attuare presso l'abitazione, utilizzo dei DPI ecc.).

Evidenza dell'avvenuta attività di informazione e formazione dei visitatori deve essere fornita anche all'interno della cartella clinica dell'ospite.

9.2 PERCORSI

Nell'ambito dell'organizzazione l'impatto di eventuali scenari emergenziali legati alle ICA e il rischio di contagio possono essere ridotti mediante modalità organizzative finalizzate alla razionalizzazione e riduzione dei contatti sociali nell'ambito delle RSA. Alcune di queste misure possono consistere nel:

- la suddivisione della struttura in nuclei o aree operative separate con personale dedicato (la creazione di gruppi autonomi distinti e riconoscibili consente una più agevole tracciabilità in caso di necessità). Tale organizzazione può riguardare il personale sanitario, ma anche le attività di riabilitazione, educazione terapeutica e l'effettuazione di lavoratori svolti in aree operative assegnate con personale dedicato. La predisposizione dei turni del personale deve essere effettuata in accordo a quanto sopra riportato;
- la richiesta temporanea, a seconda della fase dell'emergenza, dell'esclusività delle prestazioni del personale a partita IVA o part time. Qualora questa misura sia ritenuta essenziale deve essere sospeso dal servizio chi non può garantirla;
- l'impedimento della rotazione del personale fra diverse strutture sanitarie anche se facenti parte di uno stesso gruppo;
- la ridotta esposizione del personale sanitario attraverso l'assegnazione di operatori dedicati all'assistenza del paziente e all'ottimizzazione delle attività al letto del paziente;
- l'impedire o limitare, in casi di effettiva necessità come nel caso del COVID-19, anche gli spostamenti del personale tra i nuclei o aree operative e/o le trasferte e i viaggi di lavoro nazionali e internazionali del personale operante nella struttura;
- la promozione del lavoro agile, ove e nella misura in cui lo stesso sia applicabile (per esempio, per gli impiegati amministrativi), effettuando anche la rotazione del personale d'ufficio;
- l'adottare orari differenziati e flessibili che possano favorire il distanziamento sociale e prevenire il rischio di assembramenti all'ingresso, all'uscita e all'interno degli spazi comuni (per esempio spogliatoi);
- la promozione di misure specifiche per disciplinare e/o disincentivare l'uso del mezzo pubblico o l'aggregazione sociale in merito agli spostamenti per raggiungere il posto di lavoro e tornare a casa (per esempio condivisione della stessa autovettura);
- l'impedimento o il contingentamento dell'ingresso alla struttura di visitatori, caregiver, fornitori, ecc.;
- la facilitazione della video-comunicazione con parenti e caregivers;
- la riduzione o il divieto delle riunioni in presenza, favorendo le modalità a distanza. Considerata la peculiarità delle attività, tale disposizione non può essere sempre osservata (si pensi ad esempio alle riunioni di equipe o agli interventi di emergenza). Qualora si verificasse la necessità di effettuare riunioni in presenza, deve essere ridotta al minimo la partecipazione degli operatori e, successivamente, deve essere eseguita una pulizia dei locali utilizzati. Devono essere resi disponibili e correttamente utilizzati il gel igienizzante e, se previsti, i necessari DPI;
- la riduzione o l'annullamento degli eventi di interni e ogni attività di formazione in modalità in aula favorendo la formazione a distanza. È possibile qualora l'organizzazione lo permetta, effettuare la formazione a distanza, anche per i lavoratori per i quali è stato attivato il lavoro in modalità agile.

9.3 LAVANDERIA E SERVIZIO DI LAVANOLO

La rimozione degli effetti letterecchi può essere un'attività a rischio per la trasmissione di ICA all'interno della RSA, che può impattare nell'ambito di uno scenario emergenziale sia sugli ospiti che sui lavoratori (per esempio, nel caso del COVID-19).

Nella gestione delle attività di lavanderia e lavanolo deve essere, inoltre, posta particolare attenzione al rispetto del percorso sporco pulito rispettando le modalità definite in struttura per il carico e lo scarico ed evitando la commistione fra le attrezzature (per esempio, carrelli utilizzati per lo sporco o per il pulito).

Il personale addetto al cambio e ritiro della biancheria e delle lenzuola deve seguire, in via preventiva, le seguenti disposizioni:

- indossare idonei DPI: guanti e camice monouso e, nel caso di ICA che si trasmettono per via aerea, mascherina chirurgica;
- rispettare i seguenti elementi per la cura della biancheria e delle lenzuola:
 - non agitare le lenzuola e la biancheria durante il cambio;
 - non appoggiare le lenzuola e la biancheria al corpo;
- raccogliere la biancheria sporca in contenitori chiusi (sacchi), manipolandola e scuotendola il meno possibile nell'ambiente, prima dell'inserimento nei contenitori e dell'invio all'impresa qualificata addetta al lavaggio e alla sanificazione. Ove previsto utilizzare i sacchi corrispondenti al codice colore assegnato alla biancheria infetta (per esempio sacchi rossi) e seguire le regole definite dalla struttura (per esempio utilizzo del doppio sacco, sacco rosso e sacco idrosolubile e contenitore dedicato);
- rimuovere i DPI e il camice;
- igienizzare le mani e indossare un nuovo paio di guanti;
- sostituire la biancheria da letto e da bagno utilizzata con biancheria sanificata da impresa qualificata o dall'organizzazione, in accordo a specifiche procedure interne validate dal comitato CCICA;
- rimuovere i DPI e smaltirli nell'apposito RSP.

Nel caso di ospite con caso sospetto o confermato COVID-19, il personale addetto al cambio e ritiro della biancheria e delle lenzuola deve seguire le seguenti disposizioni:

- indossare idonei DPI: guanti, camice monouso, cuffia, mascherina FFp2, guanti e occhiali di protezione;
- rispettare i seguenti elementi per la cura della biancheria e delle lenzuola:
 - non agitare le lenzuola e la biancheria durante il cambio;
 - non appoggiare le lenzuola e la biancheria al corpo;
- raccogliere la biancheria sporca in contenitori chiusi (sacchi), manipolandola e scuotendola il meno possibile nell'ambiente, prima dell'inserimento nei contenitori e dell'invio all'impresa qualificata addetta al lavaggio e alla sanificazione;

- porre la biancheria e gli indumenti personali con cautela in sacchetti idrosolubili e, quindi, in sacchetti esterni, con codice colore riconoscibile (per esempio rossi). Gli effetti lettereci (biancheria da letto), asciugamani, tende ed altri materiali di tessuto devono essere gestiti in sacchi separati dai precedenti, ma in maniera del tutto analoga. Tali sacchi di biancheria infetta (sacchi rossi) devono essere gestiti separatamente dalla restante biancheria degli ospiti della struttura (stoccati su carrelli o in contenitori dedicati);
- togliere i guanti;
- igienizzare le mani e indossare un nuovo paio di guanti;
- sostituire la biancheria da letto e da bagno utilizzata con biancheria sanificata da impresa qualificata o dall'organizzazione, in accordo a specifiche procedure interne validate dal comitato CCICA;
- eseguire la corretta procedura di svestizione;
- depositare dispositivi medici (mascherina chirurgica) e DPI dopo l'uso in un RSP e smaltirli in accordo alle disposizioni legislative vigenti.

Le modalità operative di lavaggio descritte di seguito devono essere seguite sia nel caso lo stesso avvenga in struttura, sia che venga invece affidato a un servizio di lavanderia o lavanolo esterno (in quest'ultimo caso devono essere concordate con il fornitore). Le modalità di sanificazione adottate sia internamente che esternamente devono essere validate ed approvate dal CCICA.

Nello specifico:

- i sacchi di biancheria, di abiti e di tende ecc., devono essere divisi per essere lavati separatamente;
- i sacchi devono essere aperti dall'operatore avendo cura di non entrare in contatto con la biancheria. Nel caso in cui si abbia materiale potenzialmente infetto, sacco rosso esterno e sacco idrosolubile all'interno, l'operatore deve porre attenzione a rimuovere unicamente il sacco rosso posto all'esterno e deve inserire in lavatrice il materiale ancora chiuso nel sacco bianco idrosolubile;
- il lavaggio può essere effettuato, a seconda della tipologia di biancheria e del tessuto utilizzando cicli di lavaggio con diversi tempi e temperature o prevedendo l'utilizzo di prodotti chimici decontaminanti). Per esempio, nel caso del COVID-19, è possibile effettuare:
 - lavaggio con comune detersivo per bucato a 60 °C o più, per almeno 30 minuti;
 - lavaggio con comune detersivo e aggiunta di specifici prodotti chimici (per esempio: candeggina o prodotti per il bucato contenenti ipoclorito di sodio o prodotti di decontaminazione sviluppati appositamente per l'uso), ove non sia possibile utilizzare un ciclo di acqua calda.

Gli abiti da lavoro del personale devono essere sanificati con cicli di lavaggio analoghi. Nel caso in cui il lavaggio e la sanificazione degli stessi sia affidato al personale le modalità operative da seguire devono essere condivise formalmente con lo stesso (per esempio, mediante redazione e condivisione di una istruzione operativa relativa alla gestione degli abiti da lavoro), richiamando la necessità di lavare separatamente gli abiti da altri abiti o biancheria di casa e fornendo specifiche sulle temperature di lavaggio e sui prodotti da utilizzare.

9.4 SANIFICAZIONE

La contaminazione ambientale può rappresentare una possibile fonte di trasmissione delle ICA, pertanto, la pianificazione delle attività di sanificazione degli ambienti di lavoro, degli strumenti e delle attrezzature deve sempre essere sottoposta al riesame del CCICA e all'approvazione del Medico Responsabile e/o funzione incaricata (per esempio, il referente COVID-19 della struttura).

Nel caso del verificarsi di uno scenario emergenziale connesso alle ICA il piano di pulizia e sanificazione di struttura deve essere nuovamente riesaminato, tenendo conto delle caratteristiche dell'agente infettante, del rischio associato alle diverse aree della struttura, delle informazioni disponibili nella letteratura scientifica, delle indicazioni dei produttori indicate nelle schede tecniche e schede di sicurezza dei prodotti chimici. Sulla base delle informazioni raccolte e riesaminate il piano di sanificazione deve essere modificato, intensificato o integrato con attività straordinarie che devono essere registrate su modulistica dedicata e conservate dall'organizzazione per attestare l'attuazione di quanto pianificato. Il piano di sanificazione deve essere sottoposto a validazione con modalità che possono prevedere, per esempio, una o più delle seguenti modalità: campionamenti ambientali di superfici, aria e/o acqua effettuati da laboratori esterni qualificati, letteratura scientifica o dai produttori, e/o utilizzo di strumenti quali il bioluminometro. Nel caso in cui siano disponibili, come nel caso del COVID-19, devono essere prese in considerazione le indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità²².

I prodotti chimici da utilizzare devono essere scelti in base all'efficacia sull'agente infettante, alla tipologia di superficie da sanificare, agli impatti sulla salute e sicurezza degli operatori e dei residenti in struttura e sull'ambiente. I prodotti chimici devono essere utilizzati secondo le indicazioni del produttore; l'efficacia di un germicida può essere infatti fortemente compromessa, ad esempio, utilizzando un tempo di contatto inferiore a quello indicato. Per questo motivo è essenziale che chiunque utilizzi un prodotto chimico sia formato in merito ai contenuti della scheda tecnica o rispetto ad eventuali indicazioni riportate in etichetta. Gli utilizzatori devono essere, inoltre, formati preliminarmente all'utilizzo, rispetto ai contenuti della scheda di sicurezza (al fine di gestire correttamente e in sicurezza anche la movimentazione e lo stoccaggio del prodotto ed eventuali fuoriuscite o contatti accidentali) e alle corrette modalità di sanificazione. Particolare attenzione deve essere posta nella scelta dei prodotti da utilizzare per la sanificazione di superfici destinate a entrare a contatto con gli alimenti o per la disinfezione di questi ultimi (per esempio, frutta quando la stessa debba essere consumata cruda) in quanto devono essere utilizzati unicamente prodotti disinfettanti o detergenti ad uso alimentare. La scelta dei prodotti da utilizzare per la sanificazione degli ambienti deve essere sottoposta a riesame e approvazione del CCICA, Responsabile e/o funzione incaricata (ad esempio, il referente COVID-19 della struttura), RSPP e, ove applicabile, dal Responsabile HACCP, ciascuno per la propria competenza.

L'organizzazione deve implementare istruzioni operative a supporto delle operazioni di sanificazione che descrivano responsabilità, modalità operative, frequenze, prodotti da utilizzare, eventuali codici colore da rispettare (per esempio, nel caso dei secchi dei pavimenti, rosso per lo sporco e blu per il

²² Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 rev.02 del 07/07/2020.

pulito) e criteri di validazione. Tali istruzioni, unitamente alle schede tecniche e di sicurezza dei prodotti, devono essere disponibili e consultabili da parte del personale.

Con riferimento agli studi riportati nell'Appendice B, i piani di sanificazione devono essere integrati della criticità associata alle aree, nel rispetto di quanto segue:

– Ambienti sanitari

Le aree di intervento sanitario (stanze dei pazienti, aree di attesa, ecc.) in cui è stato visitato o ricoverato un caso sospetto o confermato di COVID-19, prima di procedere alla bonifica devono essere areate adeguatamente per almeno un'ora tramite ventilazione naturale o tramite l'impianto di ventilazione meccanica controllata (VCM) dell'edificio. I locali in cui sono state eseguite procedure che generano aerosol (ventilazione assistita, somministrazione di medicinali nebulizzati, broncoscopia, ecc.) devono essere areati con ventilazione naturale per 1-3 ore (se non a pressione negativa) o tramite l'impianto di ventilazione meccanica controllata (VCM) dell'edificio, prima della pulizia e prima di ammettere nuovi pazienti.

La sanificazione deve avvenire almeno due volte al giorno secondo le seguenti modalità:

- pulizia con un detergente neutro;
- sanificazione con ipoclorito di sodio allo 0,5% per la disinfezione di superfici toccate frequentemente e per i bagni e allo 0,1% per le altre superfici. È necessario prevedere attività di pulizia e sanificazione aggiuntive nel caso di spandimenti accidentali e/o procedure che generano aerosol, alla dimissione del paziente e/o al trasferimento dello stesso in altra struttura. Particolare attenzione nella pulizia deve essere dedicata alle superfici toccate più di frequente (per esempio: bagni, docce, vasche da bagno ecc.). Per le superfici non trattabili con ipoclorito di sodio (telefono, apparecchiature di controllo a distanza, maniglie delle porte, pulsanti dell'ascensore, ecc.) utilizzare alcol etilico al 70%;
- risciacquo dopo 10 minuti di contatto con il cloro;
- per superfici non trattabili con ipoclorito di sodio (telefono, maniglie delle porte, pulsanti ascensori, ecc.), utilizzare alcol etilico al 70%;
- per i dispositivi elettronici come tablet, touch screen, tastiere, telecomandi, seguire le istruzioni del produttore. Se non sono disponibili istruzioni del produttore, considerare l'uso di salviette pre-impregnate o panni imbevuti di prodotti a base di alcol etilico al 70%. Asciugare accuratamente le superfici per evitare il ristagno di liquidi (sarebbe opportuno considerare anche l'impiego di involucri sanificabili o usa e getta, quali sacchetti di plastica monouso, da utilizzare a protezione di tali dispositivi);
- gli attrezzi per la pulizia riutilizzabili (per esempio: secchi, manici ecc.) devono essere dedicate ai diversi ambienti (per esempio: all'interno di carrelli utilizzati per un unico nucleo o per le sole stanze di pazienti con casi sospetti o confermati) e devono essere disinfettanti con una soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,5% di cloro attivo o secondo le istruzioni del produttore prima dell'uso per altri ambienti. Le attrezzature e il materiale che entrano in contatto con le superfici deve essere monouso (panni, spugnette, ecc.) e dedicato all'ambiente e all'oggetto della sanificazione (per esempio: panni diversi per i sanitari, per i mobili ecc.).

Il personale che ha effettuato le procedure di pulizia e sanificazione in locali in cui abbia soggiornato o sia stato visitato un caso COVID 19 sospetto o confermato, non va considerato come caso contatto, salvo in caso di mancata osservanza delle misure di protezione o di esposizione accidentale.

- Aree sanitarie che non rientrano nella precedente tipologia (cioè in assenza di casi COVID-19 sospetti o confermati): la pulizia e la sanificazione devono essere effettuate utilizzando gli stessi prodotti detergenti e disinfettanti almeno una volta al giorno o con attività straordinarie qualora si renda necessario per eventi accidentali. Le attrezzature devono essere gestite nel rispetto delle disposizioni aziendali e della separazione sporco-pulito. Al termine dell'attività le attrezzature e il materiale utilizzato non monouso devono essere sanificati con disinfettante a base di cloro secondo modalità analoghe a quanto sopra riportato.

Negli spogliatoi del personale deve essere effettuata una sanificazione con analoghi prodotti e con le modalità sopra descritte ad ogni cambio turno.

Nelle aree comuni (per esempio: palestre) deve essere effettuata una sanificazione con analoghi prodotti almeno con frequenza giornaliera, prestando particolare attenzione agli oggetti che sono toccati più di frequente, come maniglie, pulsanti degli ascensori, corrimano, interruttori, maniglie delle porte ecc.

I DPI utilizzati per la pulizia e i rifiuti generati dall'attività (asciugamani di carta, guanti, maschere, fazzoletti) devono essere smaltiti negli RSP.

- Ambienti non sanitari
 - In cui abbiano soggiornato casi confermati COVID-19 prima di essere ospedalizzati, i luoghi e le aree potenzialmente contaminate da SARS-CoV-2 devono essere sanificati utilizzando, acqua e detergenti comuni e ipoclorito di sodio 0,1%, da utilizzare dopo la fase di pulizia. Per le superfici che possono essere danneggiate dall'ipoclorito di sodio, utilizzare etanolo al 70% dopo pulizia con un detergente neutro. Particolare attenzione nella pulizia deve essere dedicata alle superfici toccate più di frequente (per esempio: rubinetti, sanitari, maniglie ecc.).

Le attrezzature e il materiale utilizzato deve essere monouso (panni, spugnette, ecc.) e dedicato. Nel caso in cui le attrezzature siano riutilizzabili, pur restando dedicate, devono essere decontaminate dopo l'uso con disinfettante a base di cloro.

Il carrello delle pulizie non deve essere mai portato all'interno dell'ambiente.

Le pulizie devono essere effettuate da personale che utilizza i DPI previsti per la fase di assistenza a casi COVID sospetti o confermati e nel rispetto delle procedure di vestizione e svestizione dagli stessi. In particolare, è importante che il personale si equipaggi con sovra camice impermeabile, guanti in gomma e mascherina chirurgica. Per la sanificazione degli ambienti è necessario individuare o due diverse squadre di intervento o due diversi tempi di intervento in cui effettuare la rimozione degli effetti lettereschi e della biancheria e la sanificazione.

Le pulizie devono essere effettuate da personale che utilizza i DPI previsti per la fase di assistenza a casi COVID sospetti o confermati e nel rispetto delle procedure di vestizione e svestizione dagli stessi. Dopo l'uso i DPI monouso devono essere smaltiti come materiale potenzialmente infetto, mentre quelli riutilizzabili devono essere opportunamente sanificati.

I DPI utilizzati per la pulizia e i rifiuti generati dall'attività (come asciugamani di carta, guanti, maschere, fazzoletti) devono essere smaltiti negli RSP.

Modalità analoghe a quelle sopra descritte devono essere seguite per la pulizia e sanificazione delle aree destinate alla vestizione e svestizione dei DPI.

- In cui non abbiano soggiornato casi sospetti o positivi COVID-19, la sanificazione deve essere effettuata utilizzando gli stessi prodotti detergenti e disinfettanti almeno una volta al giorno o con attività straordinarie, qualora si renda necessario per eventi accidentali. Le attrezzature sono gestite nel rispetto delle disposizioni aziendali e della separazione sporco-pulito. Al termine dell'attività le attrezzature e il materiale utilizzato non monouso è sanificato con disinfettante a base di cloro.

Indipendentemente dalla tipologia dell'area, rappresentano buone pratiche di lavorazione le seguenti indicazioni:

- procedere dalle aree più pulite verso quelle più contaminate, ad esempio:
 - pulire le superfici condivise della stanza prima di passare a quelle dell'area dell'ospite; quindi, pulire le aree e superfici a bassa frequenza di contatto prima di quelle ad alta frequenza;
 - pulire la stanza prima del bagno;
- procedere dall'alto verso il basso per prevenire la ricaduta dei microrganismi su aree precedentemente sanificate; ad esempio, pulire le sponde del letto prima delle gambe; pulire le superfici verticali prima del pavimento, il quale va pulito per ultimo per asportare lo sporco che si è eventualmente depositato;
- non spruzzare in maniera diretta i disinfettanti sopra gli eventuali spandimenti di materiale biologico o sulle superfici, al fine di evitare la formazione di aerosol, ma applicare i disinfettanti sul panno da utilizzare;
- evitare i sistemi meccanizzati di pulizia di grandi superfici perché producono aerosol o disperdono la polvere nelle aree di cura del paziente; come pure è sconsigliato spazzare a secco, spruzzare, spolverare: devono essere preferite le metodiche ad umido;
- dedicare attrezzature alla sanificazione di ambienti ad esempio: carrelli pulizie diversi per nucleo o per aree a basso ed alto rischio e differenziazione delle attrezzature dedicate agli spazi destinati ai residenti e al personale (stanze e spogliatoi);
- identificare un'area designata per i servizi di pulizia ambientale e un'area dedicata alla preparazione, lo stoccaggio e il ritrattamento di attrezzature e forniture riutilizzabili per la pulizia;
- identificare un'area separata per la sanificazione delle apparecchiature biomediche e per gli strumenti utilizzati;
- arieggiare i locali durante e al termine della sanificazione, compatibilmente con le necessità e la salvaguardia della salute dei residenti;
- pulire accuratamente e con frequenza maggiore (almeno due volte al giorno) le superfici destinate ad essere toccate più di frequente (per esempio: maniglie, tastiere dei distributori automatici, cornette del telefono, tastiere dei PC) o, nel caso degli alimenti, dove possa esistere un maggior rischio di contaminazione crociata (tra cibi cotti e cibi destinati ad essere consumati crudi).

9.5 SOMMINISTRAZIONE PASTI

Nel caso del verificarsi di uno scenario emergenziale legato alle ICA durante lo sporzionamento e la somministrazione dei pasti, una delle importanti misure di mitigazione del rischio quale l'utilizzo delle mascherine non risulta attuabile. Devono essere seguite le seguenti indicazioni:

- il personale che si occupa della somministrazione dei pasti deve essere sensibilizzato rispetto alle buone prassi di lavorazione e alle buone prassi igieniche (che fanno parte della sua formazione specifica) e deve indossare abbigliamento da lavoro e DPI previsti dal piano HACCP (per esempio: cuffia, grembiule protettivo e, ove previsti, guanti) o da eventuali sue integrazioni (per esempio: mascherina);
- la disposizione dei tavoli e delle sedie degli ospiti nelle aree comuni deve essere tale da garantire almeno la distanza di un metro fra gli ospiti durante i pasti (a tal fine può essere opportuno individuare aree aggiuntive, rispetto a quelle normalmente utilizzate);
- tutte le attrezzature utilizzate (per esempio, stoviglie e posate) e le superfici devono essere sanificate al termine di ogni utilizzo, secondo le modalità previste dal piano HACCP o da eventuali procedure straordinarie;
- i locali utilizzati devono essere aerati preventivamente e al termine di ogni somministrazione;
- utilizzo, ove necessario, ad esempio caso sospetto o confermato, di materiale monouso (per esempio: stoviglie, posate, ecc.);
- eventuali carrelli per la distribuzione dei pasti non devono essere portati all'interno delle stanze di degenza o in aree potenzialmente contaminate;
- ove ritenuto opportuno, possono essere utilizzati gli spazi esterni a disposizione della strutturazione.

9.6 GESTIONE RIFIUTI

Il percorso dei rifiuti sanitari a rischio infettivo all'interno delle RSA deve avvenire in accordo a quanto previsto dalle disposizioni legislative vigenti²³, indipendentemente dalla tipologia di scenario emergenziale connesso alle ICA verificatosi.

I rifiuti non a rischio infettivo (per esempio carta monouso, mascherine e guanti utilizzati per le pulizie in ambienti non a rischio infettivo) devono essere chiusi in un doppio sacco e smaltiti come rifiuti indifferenziati.

Di seguito viene descritta la modalità di gestione dei rifiuti nel caso di isolamento per COVID-19.

Qualora si riscontri un caso sospetto o confermato in struttura e se ne predisponga l'isolamento, all'interno della stanza devono essere posizionati:

- un contenitore per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (RSP) in plastica all'interno del quale devono essere posizionati due sacchi in plastica uno dentro l'altro;
- un contenitore per aghi e taglienti.

²³ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore il D.P.R. 254 del 15 Luglio 2003, art. 2 comma 1

All'interno del RSP devono essere smaltiti tutti i rifiuti, fatta eccezione per aghi e taglienti che hanno un contenitore dedicato, riconducibili all'ospite in isolamento (comprese le stoviglie e i bicchieri monouso, i residui alimentari e i panni utilizzati per la pulizia della stanza) e i DPI utilizzati dal personale sanitario e di assistenza, compreso il personale delle pulizie, che ha operato all'interno della stanza. Per tali rifiuti, considerato l'alto rischio infettivo, non si deve effettuare nessuna forma di raccolta differenziata.

La manipolazione dei rifiuti deve avvenire utilizzando i DPI previsti nelle stanze di isolamento nel rispetto delle pratiche di corretta igiene delle mani. Devono essere, inoltre, adottate le seguenti precauzioni: rispettare, ove presenti, i livelli di riempimento del contenitore e non schiacciare e comprimere i rifiuti.

Al momento in cui si renda necessario lo smaltimento dei rifiuti contenuti nel RSP, l'operatore facendo attenzione a non danneggiarlo, deve prelevare il sacco più interno e provvedere a chiuderlo accuratamente. Il sacco deve poi essere deposto in un contenitore RSP di cartone appositamente preparato all'esterno della stanza (zona pulita). L'operatore deve aver cura di non uscire dalla stanza durante l'operazione e di farsi aiutare da un collega posto all'esterno della stessa per aprire la porta (al fine di non contaminare la maniglia) l'operatore all'esterno deve essere dotato dei seguenti DPI: facciale filtrante FFP2, camice e guanti. L'operatore deve, quindi, procedere a togliere i guanti, effettuare l'igiene delle mani e indossare un secondo paio di guanti. Al termine delle operazioni di svestizione, all'uscita della stanza provvede alla chiusura del RSP, avendo cura di manipolare il contenitore con guanti puliti al fine di non contaminare la superficie dello stesso ed infine trasferito nel deposito temporaneo dei rifiuti sanitari.

Qualora si renda necessario la sostituzione del contenitore per aghi e taglienti, lo stesso deve essere prelevato dall'operatore e, con le stesse modalità adottate precedentemente, essere posto nel RSP di cartone presente all'esterno della stanza di isolamento. Il contenitore RSP può, in seguito, essere trasferito nel deposito temporaneo dei rifiuti sanitari.

10 GESTIONE CASI SOSPETTI, CASI CONFERMATI E CLUSTER

10.1 GENERALITÀ

L'organizzazione deve definire, in relazione alla natura dell'ICA, le misure necessarie alla gestione dei casi sospetti e/o confermati di contagio, al fine di prevenirne la diffusione ad altre persone ed evitare eventuali cluster. In una situazione di emergenza, quale la pandemia da COVID-19, la risposta dell'organizzazione deve essere rapidamente definita e attuata da tutte le parti interessate in accordo a quanto riportato ai paragrafi seguenti.

10.2 GESTIONE IN CASO DI EMERGENZA DA COVID-19

10.2.1 GENERALITÀ

Nel caso in cui un ospite rientri nella definizione di caso sospetto/probabile/confermato (anche in attesa di trasferimento) di infezione da SARS-CoV-2 (come riportati nel punto 3):

- l'ospite deve essere posto in isolamento in stanza singola o, ove possibile, in isolamento di coorte;
- deve essere tempestivamente contattato il Dipartimento di Prevenzione di competenza ASL;

- deve essere attuato un piano di sorveglianza medico/infermieristica secondo esigenza cliniche che il caso richiama;
- devono essere attivate le modalità di sanificazione ambientale.

Tutte le strutture devono avere una procedura operativa per la gestione dei casi sintomatici.

All'interno della procedura operativa, la struttura deve, tra le altre cose, individuare un percorso dedicato per il trasporto del paziente/ospite identificato come caso sospetto/probabile/confermato COVID-19 all'interno della struttura e all'esterno per un eventuale trasferimento. Tale procedura consente di stabilire a priori i locali di transito e/o di stazionamento del paziente/ospite al fine di pianificare la sanificazione degli spazi e delle attrezzature e di evitare l'utilizzo dello stesso percorso per altri pazienti/ospiti.

Il personale assegnato, che adotta le precauzioni da contatto/goccioline aerodiffuse deve provvedere a:

- dotare l'ospite di mascherina chirurgica, se tollerata;
- provvedere all'immediata messa in isolamento dell'ospite in stanza singola o, se ciò non fosse possibile e la circostanza coinvolgesse più ospiti, in isolamento di coorte, mantenendo almeno la distanza minima di un metro tra i pazienti;
- interrompere qualsiasi attività di gruppo (fisioterapia o attività educativa) che possa coinvolgere l'ospite;
- sospendere la somministrazione dei pasti in ambienti comuni;
- ridurre, nei limiti della correttezza assistenziale, la frequenza di manovre che portino ad uno stretto contatto con il residente;
- garantire la permanenza dell'ospite nella propria area di appartenenza, evitando sia trasferimenti per altri motivi sia incontri in aree comuni di residenti provenienti da aree diverse. In ogni caso, nei momenti indifferibili di sosta in ambienti comuni, favorire l'igiene delle mani, cercare di mantenere la distanza di un metro tra un ospite e l'altro e, laddove non fosse possibile considerare l'uso della mascherina;
- comunicare l'evento al Medico di medicina generale, al Medico responsabile di struttura (o al Medico di guardia/Medico di continuità assistenziale).

Per ridurre il consumo improprio ed eccessivo di DPI e prevenire la loro carenza è opportuno, ove non necessario ai fini assistenziali, che gli operatori evitino di entrare nella stanza dell'ospite con caso sospetto o caso probabile COVID-19. Per analoghe finalità è opportuno raggruppare le attività assistenziali al letto dell'ospite.

Per le attività che prevedono assistenza diretta all'ospite, gli operatori sanitari e di assistenza devono indossare i DPI secondo le procedure di vestizione definite dall'organizzazione.

A scopo cautelativo in caso di riscontro di caso sospetto devono essere adottate le seguenti precauzioni:

- apposizione sulla porta della stanza il cartello indicante Isolamento da goccioline aerodiffuse;
- rilevazione della temperatura corporea e della saturazione dell'ospite almeno due volte al giorno;

- sanificazione degli ambienti, attrezzature e dispositivi in accordo alle modalità definite dagli Enti competenti²⁴ e dall'organizzazione;
- limitazione del numero del personale sanitario e di assistenza all'ospite avente accesso alla stanza;
- divieto di accesso alla stanza di personale non in servizio nel reparto (per esempio manutentori) se non previa autorizzazione del Medico Responsabile e previa adozione di tutte le misure di prevenzione e protezione;
- tracciamento dei nominativi di tutti coloro che a qualunque titolo entrino nella stanza o abbiano avuto contatti con l'ospite nelle 48 ore precedenti l'esordio di sintomi;
- utilizzo di materiale monouso per i pasti (stoviglie, bicchieri ecc.);
- se possibile far indossare al paziente camice monouso;
- gestione dei rifiuti come rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo (a tale scopo all'interno della stanza devono essere posti un contenitore per aghi e taglienti e un contenitore RSP);
- gestione della biancheria e vestiti dell'ospite, degli effetti lettereschi in accordo a quanto precedentemente riportato.

Qualora si riscontri un caso confermato COVID-19:

- il Medico Responsabile deve comunicare al Dipartimento di Prevenzione competente le condizioni cliniche al fine di valutare una programmazione di un trasferimento presso contesti assistenziali (setting assistenziali) COVID dedicati;
- il Medico Responsabile, con la collaborazione della Direzione, deve effettuare una tempestiva e attenta valutazione del rischio di esposizione al caso degli operatori e altri residenti. In caso di identificazione di una tale condizione di rischio i soggetti esposti devono essere considerati contatti di caso COVID-19 e seguire le procedure di segnalazione, sorveglianza e quarantena stabilite dalle autorità sanitarie locali;
- il personale delle pulizie, a seguito del trasferimento, deve effettuare la sanificazione accurata degli ambienti dove il residente soggiornava e dove è stato esaminato;
- il personale incaricato deve effettuare la sanificazione delle attrezzature, della biancheria e dei tessuti presenti nella stanza.

Nei casi di morte in cui non si possa escludere con certezza che il paziente sia negativo a SARS-CoV-2 devono essere adottate da parte del personale sanitario, in via precauzionale, le procedure standardizzate per isolamento da goccioline aerodiffuse e da contatto ovvero non devono essere effettuate le abituali attività successive al decesso.

Le azioni preventive sottoelencate devono essere attuate in caso di decesso di:

- pazienti/ospiti che abbiano presentato sintomi respiratori attivi e/o febbre nei 14 giorni antecedenti la morte;

²⁴ Al momento della pubblicazione della presente prassi: Istituto Superiore di Sanità, Ministero Salute.

- pazienti/ospiti sottoposti a ricerca di SARS-CoV-2 mediante tampone naso/faringeo i cui esiti non siano stati comunicati dal referente laboratorio;
- pazienti/ospiti che non abbiano presentato sintomi respiratori attivi e/o febbre nei 14 giorni antecedenti la morte, ma che abbiano soggiornato in stanze di degenza con soggetti confermati SARS-CoV-2 positivi.

A tale attività devono essere dedicati due operatori sanitari, dotati di mascherina FFP2, camice impermeabile, guanti, occhiali/visiera, cuffia, che devono effettuare la vestizione in accordo alla formazione ricevuta.

Gli operatori:

- devono sezionare con forbici i presidi medici eventualmente presenti (SNG, flebo, catetere etc.) non effettuando alcuna manovra di disinserimento degli stessi dalla salma;
- non devono effettuare né la vestizione, né l'igiene, né la tanatocosmesi della salma;
- devono avvolgere la salma in un lenzuolo bagnato con soluzione disinfettante (a base di ipoclorito di sodio) e deporla in un sacco impermeabile fornito dall'agenzia di pompe funebri. Il sacco una volta chiuso deve essere sigillato e sanificato esternamente con alcol al 70% o con ipoclorito di sodio 0.1% diluizione 1:20 o con prodotto equivalente;
- devono procedere al termine delle attività alla svestizione dai DPI e all'alienazione degli stessi all'interno di un RSP.

Il personale dell'agenzia di pompe funebri deve:

- accedere all'area ove presente la salma con mascherina chirurgica, camice impermeabile, guanti, occhiali/visiera, cuffia;
- inserire il sacco nella cassa e procedere all'igienizzazione dell'esterno della stessa con prodotti analoghi a quelli sopra riportati;
- procedere a trasporto immediato della salma presso la camera mortuaria. Sono vietate le esposizioni della salma (così detta cassa aperta).

10.2.2 COMPORTAMENTI DA ADOTTARE IN CASO DI PRESENZA CONTEMPORANEA DI PIÙ CASI SOSPETTI O CONFERMATI DI COVID-19

Nel caso in cui vengano accertati (o sospetti) più casi di pazienti positivi al COVID-19 si deve predisporre il trasferimento di detti pazienti utilizzando stanze adiacenti.

Il trasferimento deve avvenire dopo opportuna sanificazione delle stanze: sia nelle stanze che hanno ospitato persone risultate positive, sia in quelle che li andranno ad ospitare.

La zona di vestizione deve essere allestita nell'area antistante le stanze destinate ad ospitare casi confermati COVID-19.

L'area presso cui sono ospitati i casi confermati è sottoposta a sorveglianza sanitaria e in quanto tale:

- per l'utilizzo dello spogliatoio è data la precedenza al personale non impegnato nell'assistenza a pazienti risultati COVID-19;

- il personale sanitario deve evitare spostamenti all'interno della RSA se non strettamente necessari alla funzionalità dell'unità operativa/servizio;
- il personale dell'unità operativa/servizio, in accordo con quanto previsto al punto 5.5 del presente documento, per tutta la durata del periodo di sorveglianza deve sempre indossare la mascherina FFP2 (secondo un principio di maggior precauzione) e si deve consigliare a chi ha capigliatura folta di raccogliere i capelli nella cuffia copricapo;
- il vitto del personale (oltre a quello di tutti i pazienti) deve essere consegnato direttamente all'unità operativa/servizio, utilizzando le procedure per i pazienti in isolamento. I carrelli del vitto devono essere completamente svuotati. Il vitto avanzato deve essere smaltito negli RSP;
- la ditta di pulizie deve essere contattata dalla Direzione Sanitaria richiedendo la doppia sanificazione di tutti i locali dell'unità operativa/servizio in sorveglianza sanitaria.

11 GESTIONE DELL'OSPITE

11.1 GENERALITÀ

Il verificarsi di uno scenario emergenziale connesso alle ICA in RSA che comporti restrizioni può avere un impatto significativo sui residenti, in particolare per quanto riguarda la sfera cognitiva. Infatti, causa la fragilità dell'ospite presente in RSA, una condizione di isolamento e di inattività può comportare la perdita di abilità, l'insorgere di sentimenti di smarrimento, di solitudine e di frustrazione. Nel caso in cui si presenti la necessità di limitazioni delle attività, degli accessi o degli spostamenti all'interno e/o all'esterno della struttura, l'organizzazione deve garantire la continuità delle attività socioassistenziali, riorganizzando le attività stesse in funzione della natura dell'ICA e delle misure che sono necessarie per la relativa gestione. Nei seguenti sotto paragrafi si riporta un esempio applicativo per la gestione dell'emergenza da COVID-19.

11.2 GESTIONE DELL'OSPITE NELL'EMERGENZA DA COVID-19

Gli ingressi in struttura devono essere limitati a casi urgenti e improcrastinabili e deve essere impedito l'accesso a persone sintomatiche. La Direzione della struttura, con il supporto del Medico Responsabile, del Medico di medicina generale e della ASL di riferimento, deve valutare se sospendere gli ingressi temporanei programmati tenendo conto delle condizioni cliniche dell'ospite e della sostenibilità del contesto familiare.

In via cautelativa, inoltre, fino al cessare dell'emergenza:

- devono essere sospesi i permessi di uscita degli ospiti;
- si deve evitare, per quanto possibile, l'invio degli ospiti in ospedale per l'effettuazione di esami strumentali;
- si deve evitare (o diminuire drasticamente) l'ingresso da parte di visitatori.

Nel caso in cui l'accesso in struttura dell'ospite sia autorizzato devono essere attuate tutte le misure di seguito descritte e che valgono, in maniera del tutto analoga, nel caso di rientro dell'ospite dal Pronto Soccorso.

Al momento dell'ingresso, l'ospite deve essere tassativamente in possesso di:

- referto tampone molecolare e/o antigenico di 2/3 generazione delle 48 ore precedenti;
- benessere dell'Unità Valutativa della ASL.

Inoltre, all'ingresso il Medico Responsabile deve valutare l'ospite attraverso la rilevazione di:

- valore della temperatura corporea;
- valore della saturazione di ossigeno;
- eventuali sintomi respiratori o di altra natura che possano far pensare all'insorgenza della malattia.

Nel caso in cui dal suddetto screening emerga la presenza anche solo di uno dei sintomi sopra esposti (temperatura $>37,5$ °C, saturazione <70 mmHg o sintomi respiratori), il Medico Responsabile deve attivare il percorso previsto per il caso probabile e confermato COVID-19 di seguito descritto.

Qualora, verificata la completezza e la congruenza dei documenti e l'esito dello screening medico, non si riscontrino criticità, in ogni caso l'ospite deve essere sottoposto a un periodo di isolamento in stanza singola della durata di 14 giorni. Al termine del periodo, in caso di assenza di anomalie, previa il benessere del Medico Responsabile, può cessare l'isolamento e si può procedere con l'assegnazione del posto letto.

Qualora nel periodo di isolamento precauzionale (14 giorni iniziali) l'ospite manifesti i sintomi del COVID-19, deve essere eseguito il tampone naso-faringeo.

A scopo cautelativo in fase di ingresso dell'ospite e fino al termine della fase di isolamento devono essere adottate le seguenti precauzioni:

- al momento dell'ingresso l'ospite deve essere dotato di mascherina che deve mantenere per tutta la durata dell'anamnesi e lo screening iniziale;
- l'assistenza all'ospite nel periodo di isolamento precauzionale deve essere organizzata in maniera tale da limitare il numero degli operatori esposti. Allo scopo di tracciare tutti gli eventuali contatti e il tempo di esposizione deve essere opportunamente compilato un registro che riporti almeno:
 - data,
 - ora di presa in carico del kit di DPI,
 - nome, cognome e firma dell'operatore che utilizza il kit di DPI e che fa l'ingresso nella stanza del paziente individuato come caso probabile o confermato COVID-19,
 - attività svolta,
 - ora di ingresso e ora di uscita;
- il personale sanitario che effettua lo screening e l'assistenza deve operare con la massima cautela e utilizzando i DPI in accordo a quanto precedentemente indicato;
- la vestizione e la svestizione dei DPI devono avvenire, per tutta la durata dell'isolamento, all'interno della stanza ovvero, ove presente, nell'anti-stanza o nella zona filtro; in questa zona deve essere posizionato un contenitore per i rifiuti sanitari pericolosi in cui devono essere smaltiti i DPI;

- all'interno della stanza deve essere posizionato contenitore per i rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo in plastica (RSP) in cui devono essere smaltiti tutti i rifiuti del paziente e un contenitore per aghi e taglienti;
- i pasti per l'ospite devono essere consegnati in materiale monouso;
- le attrezzature e gli strumenti (termometri, saturimetri, ecc.) devono essere dedicate e/o sanificabili e tenute all'interno della stanza;
- il materiale dell'assistenza (pannoloni, medicazioni ecc.) deve essere gestito avendo cura di non portare i carrelli all'interno della stanza;
- all'interno della stanza deve essere disponibile gel idroalcolico per l'igienizzazione delle mani;
- in fase di ingresso in struttura, deve essere predisposto un colloquio con i familiari che possa orientare l'attività Medica e la condivisione di scelte legate a eventuali interventi in urgenza;
- per il periodo dell'isolamento precauzionale devono essere impediti le visite dei caregiver, se non sotto specifica autorizzazione e supervisione del Medico Responsabile o del personale sanitario di struttura.

Terminato il periodo di isolamento precauzionale, poiché la negatività del primo tampone non implica la sicurezza che il residente non possa aver sviluppato il COVID-19 nei giorni successivi, ove possibile, deve essere ripetuto il tampone a distanza di 14 gg dall'ingresso. La stanza presso cui l'ospite è stato posto in isolamento deve essere opportunamente sanificata, così come le superfici ambientali e lo strumentario dedicato. La sistemazione definitiva deve avvenire al termine del periodo di isolamento precauzionale e nello specifico al momento in cui si ricevono i risultati negativi del secondo tampone o, ove non sia possibile effettuarlo, a seguito del parere positivo del Medico Responsabile.

In ogni caso anche in fase di assegnazione della stanza deve essere garantito il rispetto delle distanze fra le postazioni (per esempio: letti) degli ospiti e la disponibilità dei DPI previsti.

Allo scopo di prevenire il rischio di diffusione del COVID-19 e di identificare eventuali casi sospetti devono essere attuate le seguenti misure preventive atte a stabilire un monitoraggio attivo dell'insorgenza di febbre e altri sintomi di infezione respiratoria acuta o di insufficienza respiratoria e di altri fattori di rischio.

Nello specifico è previsto:

- il monitoraggio della temperatura corporea degli ospiti due volte al giorno (mattina e sera) preferibilmente con utilizzo di termometri che non prevedano il contatto, quali termoscanner;
- la rilevazione della saturazione dell'ossigeno;
- il monitoraggio da parte del personale Medico (Medico Responsabile, Medico di Medicina Generale) dell'insorgenza negli ospiti di altri sintomi clinici che possono essere riconducibili al COVID-19 in forma singola o variamente associata fra loro quali: febbre, tosse, astenia, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore (naso chiuso, rinorrea), dispnea (respiro corto, fame d'aria), mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, aritmie (tachi o bradi-aritmie), episodi sincopali, disturbi nella percezione di odori e gusti (anosmia, a-disgeusia).

I dati relativi al monitoraggio dell'ospite devono essere riportati in cartella clinica e, ove previsto dagli Enti di controllo, riportati anche su prospetti dedicati ed inviati alla ASL di competenza.

Considerato che i sintomi provocati dal nuovo coronavirus sono aspecifici e simili a quelli di altre patologie relativamente frequenti (per esempio: influenza), e che per confermare la diagnosi è necessario effettuare un esame di laboratorio (tampone naso-faringeo), nell'attesa della conferma diagnostica, i casi sospetti o probabili COVID-19 devono essere considerati contagiosi e gestiti in accordo a quanto di seguito riportato.

Con riferimento al trattamento dei dati, non è necessario fornire un'ulteriore informativa agli ospiti, rientrando le attività di monitoraggio delle loro condizioni tra le attività di cura per le quali sono stati informati in sede di ingresso in struttura.

L'emergenza, come quella del COVID-19, nella persona con disabilità psichica e neurologica, può causare l'interruzione della routine quotidiana e dei rapporti con le persone significative, generando la perdita di abilità, l'incrinarsi di sentimenti di smarrimento, di solitudine e di frustrazione. Questi cambiamenti nell'attività abituale possono sviluppare stati psicologici di depressione e ansia, contribuendo all'aggravarsi dei disturbi comportamentali già presenti in persone con disabilità psichica e neurologica, come le stereotipie, l'aggressività, l'oppositività. Al fine di mitigare tali effetti è importante sostituire alla routine, che non può essere mantenuta, una nuova routine che includa la frequenza dei luoghi consentiti e la pianificazione di attività diverse nel corso della giornata, tenendo a mente le predilezioni della persona.

La presenza delle suddette misure non rappresenta motivo di interruzione o modifica del percorso di riattivazione cognitivo motoria e/o riabilitativo dell'ospite.

Considerata la rilevanza dell'interazione sociale per gli ospiti è necessario garantire le attività in palestra e di socializzazione. Deve essere effettuata una valutazione degli spazi al fine di decidere il numero possibile di ospiti e di operatori che possono partecipare contemporaneamente. Inoltre, deve essere perseguita la possibilità di svolgere le suddette attività in ambienti esterni garantendo la stimolazione cognitivo-sensoriale e l'interazione sociale. Le attività sono pianificate al fine di preservare il distanziamento.

Le attività cognitivo-motorie e di stimolazione sensoriale possono essere effettuate in stanza nel caso di ospiti non collaboranti. In tal caso l'operatore indossa la mascherina chirurgica e guanti e fa indossare la mascherina all'ospite qualora non sia possibile rispettare il distanziamento. Eventuali ausili utilizzati (carrozzina, canadesi, ecc.) al termine dell'attività devono essere sanificati.

Devono essere implementate delle idonee procedure d'igienizzazione e sanificazione degli ausili utilizzati alla fine delle attività.

Ospiti ed operatori sono educati da parte di tutto il personale al rispetto all'importanza dell'igiene delle mani.

12 SALUTE E BENESSERE PSICOLOGICO

Al fine di gestire eventuali emergenze di natura psicologica, che richiedono competenze e piani di azione specifici non delegabili ad altre figure professionali, è opportuno strutturare all'interno della RSA una specifica Unità di Supporto Psicologico che intervenga su più fronti:

- fornire supporto psicologico alla persona ricoverata in RSA;
- fornire supporto psicologico da remoto alla famiglia della persona che abita la RSA, accompagnando la persona verso un riequilibrio tra realtà interna (paure ed emozioni) e realtà esterna riferita;
- garantire l'iter comunicativo efficace, anche per le attività da remoto, tra persona che abita la RSA e la propria famiglia con supervisione dell'attività da parte degli Educatori professionali interni alla struttura;
- fornire supporto psicologico agli operatori della RSA, al fine di prevenire il burnout e, qualora siano identificati campanelli di allarme tra gli operatori, utilizzare strumenti di rilevazione con caratteristiche di attendibilità e validità;
- organizzare attività di supervisione psicologica per tutti gli operatori di struttura RSA, individuale e di gruppo (con modalità da remoto), con una maggiore attenzione ai coordinatori di area. In tali momenti, si deve lavorare nel mantenere il focus sulla normalizzazione delle risposte emotive.

13 INCLUSIVITÀ

Nel caso di adozione di misure restrittive o di riorganizzazione delle attività, il datore di lavoro deve garantire che all'interno della RSA siano attivate misure finalizzate a garantire l'inclusività, facendo in modo di estendere la partecipazione alle attività, alla gestione della struttura, e l'esercizio dei propri diritti (per esempio: contatto con parenti e caregiver, libertà di culto ecc.) al maggior numero di persone possibili.

Alcune delle misure che possono essere attivate possono consistere nella:

- attivazione di canali di ascolto e comunicazione finalizzati a individuare ansie, problemi e fabbisogni degli ospiti e del personale e a soddisfarli per quanto possibile;
- creazione di spazi destinati al contatto con parenti e visitatori;
- formazione e sensibilizzazione dei lavoratori in merito alla gestione di persone con disabilità, ad esempio con azioni volte a ridurre difficoltà di comunicazione causate dalle mascherine che rendono impossibile leggere il labiale o dai DPI che possono disorientare l'ospite con difficoltà cognitive;
- definizione, attuazione e verifica di modalità di comunicazione e supporto attivo ad eventuali lavoratori che lavorano da casa, per garantirne la partecipazione alla vita aziendale e ridurre un eventuale senso di isolamento;
- garanzia di accesso a funzioni religiose nel rispetto delle condizioni di sicurezza (anche con il supporto di strumenti informatici, filodiffusione, organizzazione di funzioni all'aperto);
- riorganizzazione delle attività riducendo le possibilità di contagio per eventuali lavoratori per cui siano state riscontrate fragilità;
- dotazione di strumenti informatici che possano ridurre il senso di isolamento (per esempio, videochiamate, accesso a internet) e individuazione di personale formato per l'utilizzo degli stessi.

14 MONITORAGGIO E IMPLEMENTAZIONE DELLE MISURE ADOTTATE

Il referente sanitario per la prevenzione e controllo delle ICA deve svolgere un ruolo di supporto e di esempio e deve costantemente ricordare agli operatori e ai residenti l'importanza delle misure preventive e precauzioni relative alle infezioni.

A tale scopo, nel caso del COVID-19, deve essere istituito e documentato un monitoraggio sistematico dell'efficacia delle attività di formazione e delle misure adottate mediante osservazione in campo e somministrazione di test di apprendimento almeno sui seguenti temi:

- igienizzazione delle mani;
- etichetta respiratoria (che consiste in: coprirsi bocca e naso durante gli starnuti o la tosse utilizzando fazzolettini di carta o, in mancanza d'altro, la manica del proprio vestito, eliminare il fazzolettino di carta nel più vicino raccoglitore di rifiuti, praticare l'igiene delle mani subito dopo con lavaggio o utilizzo di soluzione idroalcolica);
- precauzioni di isolamento;
- modalità di sanificazione;
- gestione alimenti e farmaci;
- gestione rifiuti.

Analogamente deve essere documentato un processo di verifica di attuazione del monitoraggio delle azioni previste dalle disposizioni legislative vigenti²⁵ “e del corretto utilizzo dei DPI sia da parte del personale che delle aziende terze che operano a qualunque titolo nel perimetro aziendale. Gli esiti dell'attività di vigilanza e controllo sopra descritte devono essere registrate in verbali di audit o registri che devono evidenziare i successi, gli insuccessi e i punti di forza e debolezza rispetto all'organizzazione aziendale.

²⁵ Al momento della pubblicazione della presente prassi è in vigore l'Ordinanza 21 maggio 2021 del Ministero della Salute “Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2/COVID-19 negli ambienti di lavoro”.

APPENDICE A - CHECK LIST VERIFICA HVAC

(Informativa)

La presente Appendice riporta un esempio di lista di controllo per gli impianti di trattamento di aria (HVAC). Tale strumento rappresenta una guida per la struttura per identificare le condizioni che richiedono una verifica ispettiva di un esperto qualificato.

	CHECK LIST --- VERIFICA HVAC	Rev. 00	13/04/2021
--	-------------------------------------	---------	------------

Struttura:	Città:
Estremi Compilatore:	Data compilazione:

Punti	Descrizione	Si	No	NA	Note
1	La struttura presenta impianti trattamento aria (HVAC)?				
2	La struttura presenta impianto di ventilazione meccanica controllata (VMC)?				
2	La struttura presenta delle Unità di Trattamento Aria (UTA)?				
3	La presa d'aria esterna risulta posta ad una quota idonea ad evitare il fenomeno di cross contamination?				
4	Gli impianti si presentano con distribuzione canalizzata?				
5	Sono presenti delle bocchette di emissione nei locali?				
6	Sono previsti interventi di sostituzione delle sezioni filtranti?				
7	Sono previsti attività di monitoraggio e di manutenzione periodica sugli impianti di trattamento aria?				
8	E' presente un registro delle manutenzioni degli impianti di trattamento aria?				
9	Sono stati effettuati dei campionamenti per gli impianti sulle superfici e ambientali?				
10	La struttura presenta unità locali (split, fancoil, ecc)?				
11					
12					
Se dalla compilazione della check list, risultano un numero maggiore di quattro Si (> 4), la struttura necessita di una Verifica Ispettiva da parte di personale qualificato, per definire lo stato di funzionamento e i relativi interventi necessari.					

APPENDICE B - RISULTATI DEGLI STUDI IN MERITO ALLA SANIFICAZIONE DEGLI AMBIENTI INTERNI

(Informativa)

La presente Appendice riporta i risultati di studi in merito alla sanificazione degli ambienti interni²⁶.

Nel caso di infezione da SARS-CoV-2, gli studi effettuati attraverso campionamenti di superfici ed aria hanno evidenziato, in merito all'analisi della permanenza del virus nell'ambiente, che:

- la contaminazione di stanze e servizi igienici occupati da pazienti affetti da COVID-19 risulta essere ubiquitaria. È stata riscontrata la presenza di contaminazione su oggetti personali come telefoni cellulari, telecomandi e attrezzature mediche a contatto quasi costante con il paziente;
- il virus espirato da individui infetti può essere disperso da flussi d'aria nell'ambiente, anche in assenza di procedure che generano aerosol. La modellizzazione dei flussi d'aria ha indicato le modalità di contaminazione del pavimento e delle superfici per deposizione delle particelle anche a distanza del letto del paziente;
- la mancanza di una correlazione tra il grado di contaminazione ambientale e la temperatura corporea indica che gli individui infetti possono rilasciare RNA virale nell'ambiente anche senza sintomi chiaramente identificabili;
- la ventilazione delle stanze, la sanificazione delle attrezzature, l'appropriato utilizzo e la disinfezione dei bagni possono ridurre efficacemente la concentrazione dell'RNA di SARS-CoV-2 in aerosol;
- i coronavirus umani possono rimanere vitali e mantenere la capacità infettante su superfici inanimate a temperatura ambiente per un periodo variabile da 2 ore a 9 giorni, a seconda del contesto analizzato e di parametri quali: tipo di vettore, umidità residua, temperatura, presenza di materiale organico, concentrazione virale iniziale e natura della superficie su cui il virus si deposita. Ad esempio, il SARS-CoV-2 ha una stabilità ambientale con un'emivita media in aerosol di 2,7 ore. Sulle superfici SARS-CoV-2 si è dimostrato resistente fino a 4 ore sul rame, fino a 24 ore sul cartone e fino a 2-3 giorni su plastica (emivita media stimata 16 ore) e acciaio inossidabile (emivita media stimata 13 ore). Inoltre, il virus è altamente stabile a 4 °C (è stata dimostrata solamente una riduzione del titolo infettivo di circa 0,7 log-unità il 14° giorno), ma sensibile al calore: con l'aumento della temperatura di incubazione a 70 °C, il tempo di inattivazione del virus è stato ridotto a 5 minuti. Sorprendentemente, un livello rilevabile di virus infettivo potrebbe essere ancora presente sullo strato esterno di una maschera chirurgica dopo sette giorni.
- il SARS-CoV-2, è efficacemente inattivato da adeguate procedure di sanificazione effettuate utilizzando comuni disinfettanti di uso ospedaliero, quali alcol etilico (in concentrazione 62-71%), perossido di idrogeno (in concentrazione 0.5%), per un tempo di contatto adeguato o ipoclorito di sodio (in concentrazione 0,1% cloro attivo per almeno un minuto). Altri agenti biocidi, come benzalconio cloruro allo 0,05%-0,2% o la clorexidina digluconato al 0,02% hanno una minore efficacia.

²⁶ Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2021 Indicazioni per la sanificazione degli ambienti interni per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2.

BIBLIOGRAFIA

UNI EN 14476:2019 Disinfettanti chimici e antisettici - Prova quantitativa in sospensione per la valutazione dell'attività virucida in area medica - Metodo di prova e requisiti (Fase 2/Stadio 1)

Best Practices for Environmental Cleaning for Prevention and Control of Infections in All Health Care Settings, 3rd Edition, 2018

Circolare del Ministero della Salute n. 14915, 29/04/2020 Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività

Circolare del Ministero della Salute n. 7922, 09/03/2020 COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso

Comunicato del Ministero della Salute, 06/04/2020 Procedure di autorizzazione alla commercializzazione e alla produzione di prodotti disinfettati in Italia (PT1/PT2) - Immissione in commercio disinfettanti

Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato n. 271 del 7 luglio 1997 Regolamento di attuazione degli articoli 1 e 4 della legge 25 gennaio 1994, n. 82, per la disciplina delle attività di pulizia, di disinfezione, di disinfestazione, di derattizzazione e di sanificazione

Decreto del Presidente della Repubblica n. 254 del 15 luglio 2003 Regolamento recante disciplina della gestione dei rifiuti sanitari a norma dell'articolo 24 della legge 31 luglio 2002, n. 179

Decreto legislativo n. 81 del 2008 e s.m.i. Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, 2007 [Ultimo aggiornamento: luglio 2019]

Hulkower RL, Casanova LM, Rutala WA, Weber DJ, Sobsey MD. Inactivation of surrogate coronaviruses on hard surfaces by health care germicides. American Journal of Infection Control 2011;39(5):401-7

Legge n. 81 del 22 maggio 2017 Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato

Lowe R. Select effective disinfectants for use against the coronavirus that causes COVID-19. Infection Control Today; 2020

Ministero della Salute, Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi pubblicata il 13 maggio 2015

Ministero della Salute rif. 0015280-DGPRES-DGPRES-P, 08/05/2020 Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione

Ordinanza Ministero della Salute 08/05/2021 Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 - Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale

Ordinanza Ministero della Salute 21/05/2021 Protocollo condiviso di aggiornamento delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2/COVID-19 negli ambienti di lavoro

Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto dal Ministro dell'Economia, dal Ministero del Lavoro e delle politiche sociali durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2, 24/04/2020

Protocollo Operativo AIISA revisione 01 per l'ispezione e la sanificazione degli impianti aeraulici rev. 0.1 del 30/aprile 2018

Rapporto ISS COVID-19 n. 02/2020 rev. 2 Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2, 10/05/2020

Rapporto ISS COVID-19 n. 04/2020 Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali socio-sanitarie 24/08/2020

Rapporto ISS COVID-19 n. 05/2020 rev. 2 Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2, 25/05/2020

Rapporto ISS COVID-19 n. 07/2020 Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2, 29/03/2020

Rapporto ISS COVID-19 n. 10/2020 Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2, 07/04/2020

Rapporto ISS COVID-19 n. 11/2021 Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Aggiornamento del Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2020 Rev. 2. Versione del 18 aprile 2021

Rapporto ISS COVID-19 n. 17/2020, 19/04/2020 Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti

Rapporto ISS COVID-19 n. 19/2020, 13/07/2020 Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico chirurgici e biocidi

Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020, 07/07/2020 Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV-2

Rapporto ISS COVID-19 n. 21/2020, 03/05/2020 Guida per la prevenzione della contaminazione da legionella negli impianti idrici di strutture turistico ricettive ed altri edifici ad uso civile ed industriale non utilizzati durante la pandemia

Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE

U.S. Environmental Protection Agency. Guidance to registrants: process for making claims against emerging viral pathogens not on EPA-registered disinfectant labels. Washington, DC, EPA; 2016



Membro italiano ISO e CEN

www.uni.com

www.youtube.com/normeuni

www.twitter.com/normeuni

www.twitter.com/formazioneuni

www.linkedin.com/company/normeuni

www.facebook.com/unmondofattobene

Sede di Milano

Via Sannio, 2 - 20137 Milano
tel 02700241, uni@uni.com

Sede di Roma

Via del Collegio Capranica, 4 - 00186 Roma
tel 0669923074, uni.roma@uni.com