



Linee Guida

Misure Organizzative per la prevenzione del contagio da COVID-19 e per la gestione ed il controllo dei casi sospetti nei **cantieri**





SCOPO

Scopo della presente linea guida è quello di fornire indicazioni e buone prassi per la prevenzione del contagio da COVID-19 e per la gestione ed il controllo di eventuali casi sospetti nei cantieri

AMBITO DI APPLICAZIONE

Cantieri Edili

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

I riferimenti bibliografici alla data di pubblicazione della presente linea guida sono:

PROTOCOLLO CONDIVISO DI REGOLAMENTAZIONE PER IL CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE DEL COVID – 19 NEI CANTIERI del 24 Aprile 2020

Dpcm del 26 aprile 2020

INFORMAZIONI GENERALI

Che cosa sono i coronavirus:

I coronavirus (CoV) sono un'ampia famiglia di virus respiratori che possono causare malattie da lievi a moderate, dal comune raffreddore a sindromi respiratorie come la MERS (sindrome respiratoria mediorientale, Middle East respiratory syndrome) e la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, Severe acute respiratory syndrome). Sono chiamati così per le punte a forma di corona che sono presenti sulla loro superficie. I coronavirus sono comuni in molte specie animali (come i cammelli e i pipistrelli) ma in alcuni casi, se pur raramente, possono evolversi e infettare l'uomo per poi diffondersi nella popolazione. Un nuovo coronavirus è un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente mai identificato nell'uomo. I coronavirus umani conosciuti ad oggi, comuni in tutto il mondo, sono sette, alcuni identificati diversi anni fa (i primi a metà degli anni Sessanta) e alcuni identificati nel nuovo millennio.



Coronavirus umani comuni

1 - 229E (coronavirus alpha)

2 - NL63 (coronavirus alpha)

3 - OC43 (coronavirus beta)

4 - HKU1 (coronavirus beta)

Altri coronavirus umani

5 - MERS-CoV (il coronavirus beta che causa la Middle East respiratory syndrome)

6 - SARS-CoV (il coronavirus beta che causa la Severe acute respiratory syndrome)

7 - SARS-CoV-2 (il coronavirus che causa la COVID-19)

Sintomi e diagnosi

I sintomi più comuni di un'infezione da coronavirus nell'uomo includono febbre, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite. Nei casi più gravi, l'infezione può causare polmonite, sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale e persino la morte. In particolare:

- I coronavirus umani comuni di solito causano malattie del tratto respiratorio superiore da lievi a moderate, come il comune raffreddore, che durano per un breve periodo di tempo. I sintomi possono includere:

o naso che cola;

o mal di testa;

o tosse;

o gola infiammata;

o febbre;

o una sensazione generale di malessere.



- I coronavirus umani a volte possono causare malattie del tratto respiratorio inferiore, come polmonite o bronchite. Questo è più comune nelle persone con preesistenti patologie croniche dell'apparato cardiovascolare e/o respiratorio, e soggetti con un sistema immunitario indebolito, nei neonati e negli anziani.
- Altri coronavirus umani che hanno fatto il salto specie, come per esempio MERS-CoV e SARSCoV, possono causare sintomi gravi. I sintomi della sindrome respiratoria mediorientale di solito includono febbre, tosse e respiro affannoso che spesso progrediscono in polmonite e circa 3 o 4 casi su 10 sono risultati letali. I casi di MERS continuano a verificarsi, principalmente nella penisola arabica. I sintomi della sindrome respiratoria acuta grave, per la quale non si registrano più casi dal 2004 in nessuna parte del mondo, includevano febbre, brividi e dolori muscolari che di solito progredivano in polmonite.

Le persone più suscettibili alle forme gravi sono gli anziani e quelle con malattie pre-esistenti, quali diabete e malattie cardiache. Dato che i sintomi provocati dal nuovo coronavirus sono aspecifici e simili a quelli del raffreddore comune e del virus dell'influenza, per confermare la diagnosi è necessario effettuare esami di laboratorio. Sono a rischio di infezione le persone che vivono in zone con presunta trasmissione comunitaria; l'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblica giornalmente bollettini che descrivono la diffusione del virus nei diversi paesi



Con il Dpcm del 26 aprile 2020 è stata consentita la riapertura il prossimo 4 maggio dei cantieri edili. Si dovrà rispettare il protocollo di sicurezza previsto per il contenimento della diffusione del Covid-19.

Le attività con codice Ateco 41 "Costruzione di edifici", codice Ateco 42 "Ingegneria civile", codice Ateco 43 "Lavori di costruzione specializzati" rientrano tra quelle consentite.

Il Dpcm del 26 aprile 2020 all'art. 2, "Misure di contenimento del contagio per lo svolgimento in sicurezza delle attività produttive industriali e commerciali", recita: "Le imprese le cui attività non sono sospese rispettano i contenuti del protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus covid-19 negli ambienti di lavoro sottoscritto il 24 aprile 2020 fra il



Governo e le parti socialidi cui all'allegato 6, nonché, per i rispettivi ambiti di competenza, il protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del covid-19 nei cantieri, sottoscritto il 24 aprile 2020 fra il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali e le parti sociali, di cui all'allegato 7, e il protocollo condiviso di regolamentazione per il contenimento della diffusione del covid-19 nel settore del trasporto e della logistica sottoscritto il 20 marzo 2020, di cui all'allegato".

Ma cosa prevede il nuovo Protocollo di regole per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 nei cantieri?

Il nuovo Protocollo di regole per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 nei cantieri - che è stato sigliato dalla ministra delle Infrastrutture e dei Trasporti, Paola De Micheli, insieme alla ministra del Lavoro e delle Politiche Sociali, Nunzia Catalfo, e ai rappresentanti di ANCI, UPI, Anas, RFI, ANCE, Alleanza delle Cooperative, Feneal Uil, Filca CISL e Fillea CGIL - "integra i contenuti del precedente Protocollo adottato nel mese di marzo, definendo nuove misure in vista della progressiva riapertura nei cantieri, ed è aggiornato sulla base del Protocollo siglato dal Governo relativo a tutti i settori produttivi".

Il nuovo Protocollo fornisce indicazioni operative "per incrementare in tutti i cantieri l'efficacia delle misure precauzionali di contenimento dell'epidemia, seguendo la logica della precauzione e le indicazioni dell'Autorità sanitaria non solo per i lavoratori ma anche per i titolari del cantiere e tutti i subappaltatori e subfornitori. Sono inoltre previste verifiche dell'adozione da parte dei datori di lavoro delle prescrizioni stabilite dal protocollo con i rappresentanti sindacali e attraverso l'Ispettorato del Lavoro e l'Inail".

In merito al Documento Unico di Regolarità Contributiva (Durc), la De Micheli ha sottolineato l'impegno del Governo di fissare al 15 giugno il termine di validità di tutti quelli in scadenza tra il 31 gennaio e il 15 aprile 2020, attraverso un'apposita modifica di legge che sarà inserita nel prossimo Decreto Legge di fine aprile.

Il nuovo Protocollo contiene le regole principali che i datori di lavoro devono adottare nei cantieri e riguarda le "**informazioni sugli obblighi nel cantiere**", i "**dispositivi di protezione individuale**", le "**modalità di accesso dei fornitori esterni ai cantieri**", la "**pulizia e igiene nel cantiere**", la "**gestione spazi comuni (mensa, spogliatoi)**", l'"**organizzazione del cantiere (turnazione, rimodulazione dei cronoprogramma delle lavorazioni)**", la "gestione di una persona sintomatica in cantiere", l'"**esclusione dalle penali per ritardi nei lavori**".



nel dettaglio le regole previste dal nuovo Protocollo per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus Covid-19 nei cantieri.

Informazioni sugli obblighi nel cantiere

Il datore di lavoro deve informare tutti i lavoratori e chiunque entri nel cantiere sulle disposizioni delle Autorità, in particolare, le informazioni riguardano i seguenti obblighi:

1. controllo della temperatura corporea. Se tale temperatura risulterà superiore ai 37,5°, non sarà consentito l'accesso al cantiere;

rispetto di tutte le disposizioni delle Autorità e del datore di lavoro nel fare accesso in cantiere (in particolare: mantenere la distanza di sicurezza, utilizzare gli strumenti di protezione individuale messi a disposizione durante le lavorazioni che non consentano di rispettare la distanza interpersonale di un metro e tenere comportamenti corretti sul piano dell'igiene);

2. informare tempestivamente e responsabilmente il datore di lavoro della presenza di qualsiasi sintomo influenzale;

preclusione dell'accesso a chi, negli ultimi 14 giorni, abbia avuto contatti con soggetti risultati positivi al Covid-19 o provenga da zone a rischio secondo le indicazioni dell'OMS.

Dispositivi di protezione individuale

L'adozione delle misure di igiene e dei dispositivi di protezione è di fondamentale importanza ma è evidentemente legata alla disponibilità in commercio dei dispositivi. Qualora la lavorazione in cantiere imponga di lavorare a distanza interpersonale minore di un metro e non siano possibili altre soluzioni organizzative è comunque necessario l'uso delle mascherine e altri dispositivi di protezione (guanti, occhiali, tute, cuffie, ecc...) conformi alle disposizioni delle autorità scientifiche e sanitarie.

Modalità di accesso dei fornitori esterni ai cantieri

Per l'accesso di fornitori esterni devono essere individuate procedure predefinite, al fine di ridurre le occasioni di contatto con il personale presente. Se possibile, gli autisti dei mezzi di trasporto devono rimanere a bordo dei propri mezzi: non è consentito l'accesso ai locali chiusi comuni del cantiere per nessun motivo. Per le necessarie attività di approntamento delle attività di carico e scarico, il trasportatore dovrà attenersi alla rigorosa distanza minima di un metro.



Pulizia e igiene nel cantiere

Il datore di lavoro assicura la pulizia giornaliera e la sanificazione periodica degli spogliatoi e delle aree comuni limitando l'accesso contemporaneo a tali luoghi; ai fini della sanificazione e della igienizzazione vanno inclusi anche i mezzi d'opera con le relative cabine di guida o di pilotaggio. Nel caso di presenza di una persona con Covid-19 all'interno del cantiere si procede alla pulizia e sanificazione dei locali, alloggiamenti e mezzi. Le persone presenti devono adottare tutte le precauzioni igieniche, in particolare il frequente e minuzioso lavaggio delle mani.

Gestione spazi comuni (mensa, spogliatoi)

L'accesso agli spazi comuni, comprese le mense e gli spogliatoi è contingentato, con la previsione di una ventilazione continua dei locali, di un tempo ridotto di sosta all'interno di tali spazi e con il mantenimento della distanza di sicurezza di un metro tra le persone che li occupano.

Organizzazione del cantiere (turnazione, rimodulazione dei cronoprogramma delle lavorazioni)

Le imprese potranno disporre la riorganizzazione del cantiere e del cronoprogramma delle lavorazioni anche attraverso la turnazione dei lavoratori con l'obiettivo di diminuire i contatti, di creare gruppi autonomi, distinti e riconoscibili e di consentire una diversa articolazione degli orari del cantiere sia per quanto attiene all'apertura, alla sosta e all'uscita.

Gestione di una persona sintomatica in cantiere

Nel caso in cui una persona presente in cantiere sviluppi febbre con temperatura superiore ai 37,5° e sintomi di infezione respiratoria quali la tosse, lo deve dichiarare immediatamente al datore di lavoro o al direttore di cantiere che dovrà procedere al suo isolamento in base alle disposizioni dell'autorità sanitaria. Il datore di lavoro collabora con le Autorità sanitarie per l'individuazione degli eventuali "contatti stretti" di una persona presente in cantiere che sia stata riscontrata positiva al tampone Covid-19.

Esclusione dalle penali per ritardi nei lavori

Il protocollo individua nel dettaglio le ragioni di emergenza da Covid-19 al fine di escludere le penali per tutte le imprese che abbiano accumulato ritardi o inadempimenti rispetto ai termini contrattuali



REGOLE PER IL CANTIERE COVID-19

Le norme e i controlli in cantiere

Verifiche e informazioni nell'interesse di tutti

Divieto di accesso in cantiere in presenza di sintomi influenzali



Prima dell'ingresso in cantiere sarà effettuato il controllo della temperatura corporea ad ogni lavoratore



Informare immediatamente il datore di lavoro o il preposto di sintomi influenzali sopraggiunti dopo l'ingresso in cantiere



In caso di sintomi influenzali rimanere a distanza adeguata dalle altre persone presenti in cantiere



Dichiarare al proprio datore di lavoro o al preposto l'eventuale contatto con persone positive al Virus



Le attenzioni condivise in cantiere e in ogni luogo

Come comportarsi con i colleghi e con le altre persone

Niente strette di mano



Niente abbracci



Mantenersi sempre alla distanza di almeno un metro gli uni dagli altri



Usare correttamente le mascherine



Non scambiare o condividere bottiglie e bicchieri



Osservare le regole sull'igiene delle mani



Costruiamo insieme nel cantiere una protezione efficace!

cncpt

CCG

FORMICA

cefs

CE



Linee Guida

Misure Organizzative per la prevenzione del contagio da COVID-19 e per la gestione ed il controllo dei casi sospetti nelle **Strutture Sanitarie**

SCOPO

Scopo della presente linea guida è quello di fornire indicazioni e buone prassi per la prevenzione del contagio da COVID-19 e per la gestione ed il controllo di eventuali casi sospetti nelle strutture sanitarie.

AMBITO DI APPLICAZIONE

La presente linea guida è rivolta a tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie; in particolare:

- Case di cura;
- Centri ambulatoriali di diagnostica e riabilitazione;
- Centri di Emodialisi;
- RSA;
- CTA;
- Centri di PMA;
- Centro di Medicina di Laboratorio.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

I riferimenti bibliografici alla data di pubblicazione della presente linea guida sono:

- 1) Ministero della salute: circolari n. 7922 del 09/03/2020, 6360 del 27/02/2020, 5889 del 25/02/2020, 5443 del 22/02/2020
- 2) Ministero della salute: circolare n. 2619 del 29/02/2020 recante linee di indirizzo clinico assistenziali COVID 19;
- 3) DPCM 1 marzo 2020, DPCM 4 marzo 2020, DPCM 8 marzo 2020 e DPCM 9 marzo 2020;
- 4) Ordinanza contingibile e urgente del Presidente della Regione Sicilia n°3 del 08.03.2020 Ulteriori misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019;
- 5) Sito web del Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/>
- 6) Sito web dell'Istituto Superiore di Sanità: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/>
- 7) Sito web dell'OMS: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/situation-reports>
- 8) Sito web dell'OMS: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-coronaviruses>

INFORMAZIONI GENERALI

Che cosa sono i coronavirus

I coronavirus (CoV) sono un'ampia famiglia di virus respiratori che possono causare malattie da lievi a moderate, dal comune raffreddore a sindromi respiratorie come la MERS (sindrome respiratoria mediorientale, Middle East respiratory syndrome) e la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, Severe acute respiratory syndrome). Sono chiamati così per le punte a forma di corona che sono presenti sulla loro superficie. I coronavirus sono comuni in molte specie animali (come i cammelli e i pipistrelli) ma in alcuni casi, se pur raramente, possono evolversi e infettare l'uomo per poi diffondersi nella popolazione. Un nuovo coronavirus è un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente mai identificato nell'uomo. I coronavirus umani conosciuti ad oggi, comuni in tutto il mondo, sono sette, alcuni identificati diversi anni fa (i primi a metà degli anni Sessanta) e alcuni identificati nel nuovo millennio.



Coronavirus umani comuni

1 - 229E (coronavirus alpha)

2 - NL63 (coronavirus alpha)

3 - OC43 (coronavirus beta)

4 - HKU1 (coronavirus beta)

Altri coronavirus umani

5 - MERS-CoV (il coronavirus beta che causa la Middle East respiratory syndrome)

6 - SARS-CoV (il coronavirus beta che causa la Severe acute respiratory syndrome)

7 - SARS-CoV-2 (il coronavirus che causa la COVID-19)

Sintomi e diagnosi

I sintomi più comuni di un'infezione da coronavirus nell'uomo includono febbre, tosse, difficoltà respiratorie, congiuntivite. Nei casi più gravi, l'infezione può causare polmonite, sindrome respiratoria acuta grave, insufficienza renale e persino la morte. In particolare:

- I coronavirus umani comuni di solito causano malattie del tratto respiratorio superiore da lievi a moderate, come il comune raffreddore, che durano per un breve periodo di tempo. I sintomi possono includere:

o naso che cola;

o mal di testa;

o tosse;

o gola infiammata;

o febbre;

o una sensazione generale di malessere.

- I coronavirus umani a volte possono causare malattie del tratto respiratorio inferiore, come polmonite o bronchite. Questo è più comune nelle persone con preesistenti patologie croniche dell'apparato cardio-vascolare e/o respiratorio, e soggetti con un sistema immunitario



indebolito, nei neonati e negli anziani.

- Altri coronavirus umani che hanno fatto il salto specie, come per esempio MERS-CoV e SARSCoV, possono causare sintomi gravi. I sintomi della sindrome respiratoria mediorientale di solito includono febbre, tosse e respiro affannoso che spesso progrediscono in polmonite e circa 3 o 4 casi su 10 sono risultati letali. I casi di MERS continuano a verificarsi, principalmente nella penisola arabica. I sintomi della sindrome respiratoria acuta grave, per la quale non si registrano più casi dal 2004 in nessuna parte del mondo, includevano febbre, brividi e dolori muscolari che di solito progredivano in polmonite.

Le persone più suscettibili alle forme gravi sono gli anziani e quelle con malattie pre-esistenti, quali diabete e malattie cardiache. Dato che i sintomi provocati dal nuovo coronavirus sono aspecifici e simili a quelli del raffreddore comune e del virus dell'influenza, per confermare la diagnosi è necessario effettuare esami di laboratorio. Sono a rischio di infezione le persone che vivono in zone con presunta trasmissione comunitaria; l'Organizzazione Mondiale della Sanità pubblica giornalmente bollettini che descrivono la diffusione del virus nei diversi paesi.



Gli studi pubblicati fino a questo momento su pazienti ospedalizzati riportano una età mediana dei casi di 50 anni, con una leggera predominanza di uomini. Nel 25% circa dei casi il decorso clinico è stato grave e sono state necessarie cure in terapia intensiva con ricorso alla ventilazione meccanica nel 10% dei casi. La presentazione clinica è caratterizzata da febbre nell'83% - 98% dei pazienti, tosse secca nel 76% - 82% dei casi e affaticamento o dolori muscolari nell'11% - 44% dei casi. Sono riportati altri sintomi come mal di testa, faringodinia, dolore addominale e diarrea. Tra i parametri di laboratorio alterati sono stati riportati leucopenia (70%), tempo di protrombina prolungato (58%) e lattato deidrogenasi elevata (40%). Le radiografie del torace sono caratterizzate da lesioni infiltrative bilaterali diffuse e la TAC dimostra infiltrati a "vetro smerigliato o ground glass" (GG) multifocali bilaterali.



La maggior parte delle persone infettate con COVID-19 presenta un quadro clinico non grave e guarisce. Approssimativamente, l'80% dei pazienti con conferma di laboratorio ha una malattia da lieve a moderata, inclusi casi con e senza polmonite, il 14% ha una malattia grave (dispnea, frequenza respiratoria ≥ 30 /minuto, saturazione dell'ossigeno $\leq 93\%$, rapporto $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$, e/o infiltrati polmonari $> 50\%$ del polmone in 2448 ore) e il 6 % presenta un quadro critico (insufficienza respiratoria, shock settico, e /o insufficienza multiorgano). Sono stati segnalati casi asintomatici, ma secondo un recente report dell'OMS, sembra che la maggioranza dei casi che sono asintomatici al momento del test sviluppino successivamente la malattia.

Mortalità

Le persone a maggior rischio di malattia grave e decesso sono le persone con più di 60 anni e quelle con patologie intercorrenti come ipertensione, diabete, malattia cardiovascolare, malattia respiratoria cronica e tumore. Nei bambini la malattia appare relativamente rara e con sintomi lievi; approssimativamente il 2,4% dei casi totali aveva meno di 19 anni. Una piccola proporzione di questi ha sviluppato quadri clinici gravi (2,5%) o critici (0,2%).

Sulla base dei dati disponibili, la mediana dell'intervallo tra insorgenza dei sintomi e guarigione clinica è approssimativamente di due settimane per i casi con sintomatologia lieve e pari a 3- 6 settimane per i pazienti con malattia grave o critica. L'intervallo di tempo tra insorgenza dei sintomi e progressione ad un quadro clinico grave, inclusa l'ipossia, è di 1 settimana. Tra i pazienti deceduti l'intervallo di tempo tra insorgenza dei sintomi e decesso varia tra 2-8 settimane.

La letalità di COVID-19 è difficile da stimare, come avviene per tutte le infezioni emergenti nelle fasi iniziali, perché vengono tipicamente diagnosticati per primi i casi più gravi e di conseguenza il denominatore non include i casi a decorso clinico benigno, che non richiedono ospedalizzazione. Inoltre, vi può essere un periodo di 2-3 settimane tra l'insorgenza dei sintomi, la diagnosi e l'esito clinico. La letalità riportata in Cina è intorno al 2,5%; con modelli matematici che hanno tenuto conto anche di casi non segnalati, la letalità stimata è più bassa ed intorno all'1% (LC 95% 0.5%-4%).

Vie di trasmissione

L'infezione COVID-19 si trasmette nella maggior parte dei casi attraverso contatti stretti in ambienti chiusi tra persona e persona, per esposizione a goccioline (droplets) emesse con la tosse o gli starnuti. Si può anche trasmettere per contatto diretto o indiretto con le secrezioni, ad esempio attraverso le mani contaminate (non lavate) che toccano bocca, naso o occhi. La trasmissione per via aerea (cioè a distanza superiore ad un



metro), non è considerata la via principale di trasmissione e le misure in questo senso sono a scopo cautelativo; secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la trasmissione per via aerea non è ancora adeguatamente documentata, anche se è possibile nel corso di procedure invasive che generano aerosol. Il virus è stato trovato anche nelle feci, tuttavia la via oro-fecale non appare allo stato attuale una via rilevante per la diffusione del virus e sono necessarie ulteriori evidenze per considerarla una via effettiva di trasmissione. La trasmissione si verifica quando c'è un contatto stretto con un caso sintomatico. La definizione di contatto stretto è riportata successivamente. Secondo i dati attualmente disponibili, le persone sintomatiche sono la causa più frequente di diffusione del virus. L'OMS, sulla base dei dati fino a questo momento disponibili, considera non frequente l'infezione da nuovo coronavirus prima che sviluppino sintomi. La via principale di trasmissione è infatti attraverso i droplet respiratori eliminati nell'ambiente da qualcuno che sta tossendo. Il rischio di trasmissione di COVID-19 da qualcuno che non ha alcun tipo di sintomi è molto basso. Tuttavia, molte persone con COVID-19 presentano solo sintomi lievi, soprattutto all'inizio della malattia. E', quindi, possibile infettarsi con COVID-19 per contatto con qualcuno che fa, ad esempio qualche colpo di tosse senza presentare altri sintomi.

La distanza di 1 metro è quella considerata come area di sicurezza per le malattie infettive a trasmissione respiratoria; alcuni studi sulla SARS hanno però evidenziato che in alcuni casi le goccioline possono viaggiare per distanze più lunghe (2 metri).

Secondo l'Istituto Superiore di Sanità non vi sono evidenze della trasmissione del virus dalla madre al feto. Nei primi 19 casi di donne in gravidanza e neonati nati da madri con sintomatologia clinica da COVID-19 descritti in letteratura, infatti, il virus non è stato rilevato nel liquido amniotico o nel sangue neonatale prelevato da cordone ombelicale. Il virus responsabile della COVID-19 non è stato rilevato nel latte materno raccolto dopo la prima poppata delle donne affette; in almeno un caso sono stati invece rilevati anticorpi anti SARSCoV.

Incubazione contagio e guarigione o decesso

Il periodo di incubazione varia tra 1 e 14 giorni, con una mediana di 5-6 giorni, anche se sono stati descritti alcuni casi con periodo di incubazione più lungo. I 14 giorni rappresentano il limite massimo di precauzione. Il tasso netto di riproduzione dell'infezione (ossia il numero di casi secondari prodotti da un singolo caso in una popolazione suscettibile) per SARS-CoV-2 è stimato essere tra 2 e 3. La malattia inizia ad essere contagiosa durante il periodo prodromico a partire da quando compaiono i primi sintomi. Un recente studio ha evidenziato come la carica virale più elevata sia stata riscontrata subito dopo l'inizio della sintomatologia,



con cariche virali maggiori nel naso che non nella gola. Non vi sono dati certi in merito alla trasmissione da pazienti asintomatici. Nelle more di ulteriori studi circa la contagiosità dell'infezione da pazienti asintomatici e paucisintomatici è essenziale che i contatti stretti (vedi definizione in allegato) mantengano scrupolosamente la quarantena raccomandata per 14 giorni. I casi confermati di COVID-19 devono rimanere in isolamento fino alla guarigione clinica che dovrebbe essere supportata da assenza di sintomi e tampone naso-faringeo ripetuto due volte a distanza di 24 ore e risultati negativi per presenza di SARS-CoV-2.

In merito alle indicazioni emanate dal Ministero della Salute in data 25/02/2020 protocollo 0005889-25/02/2020 la certificazione di decesso a causa di COVID-19 dovrà essere accompagnato da parere dell'Istituto Superiore di Sanità. A tale scopo le cartelle cliniche dei pazienti deceduti, positivi COVID19 e le schede di morte ISTAT recanti le cause di decesso dovranno essere inviate all'Istituto Superiore di Sanità attraverso il sito Sorveglianza Covid-19 dell'ISS (<http://covid-19.iss.it>).

CENTRALIZZAZIONE DEGLI ACCESSI

Al fine di prevenire in ogni modo possibile l'accesso incontrollato di possibili soggetti infetti che possano essere causa di contagi involontari all'interno delle strutture sanitarie è assolutamente indispensabile adottare delle misure di controllo e screening di pazienti, caregivers e visitatori candidati all'accesso in struttura. Una misura utile al fine di facilitare queste attività di controllo è quella di centralizzare gli accessi. Le strutture dotate di più punti di accesso dovrebbero valutare l'ipotesi di inibire gli accessi secondari e concentrare sull'ingresso principale gli accessi. Ciò consentirà all'organizzazione di concentrare gli sforzi organizzativi in un unico punto di accesso con il minor impegno possibile di personale sanitario impiegato per i controlli di screening.

SCREENING E ACCESSO DEI PAZIENTI, CAREGIVERS E VISITATORI

Screening e accesso dei pazienti

Le strutture sanitarie sono chiamate a regolamentare e controllare gli accessi di due tipologie di pazienti:

1. I pazienti prenotati per un ricovero in elezione;
2. I pazienti prenotati per prestazioni ambulatoriali (visite, esami diagnostici etc...).

Per entrambe le tipologie di pazienti si pone il delicato tema dello screening preliminare volto all'individuazione dei sintomi e delle altre informazioni che possono determinare la classificazione del



paziente come “caso sospetto” secondo la definizione data e periodicamente aggiornata dal Ministero della Salute e riportate in allegato al presente documento.

Per tutti gli accessi, quindi anche per i pazienti, è opportuno che personale dedicato all’ingresso della struttura rilevi la temperatura e chieda della presenza di sintomi quali tosse o dispnea. Si lasceranno accedere senza DPI, per le successive fasi di screening, i pazienti negativi, si doteranno invece di mascherina chirurgica i pazienti positivi invitandoli a mantenere strettamente la separazione interpersonale di almeno un metro. (si vedano le tabelle di utilizzo dei DPI e di altre misure di protezione riportate in seguito).

Screening e accesso dei pazienti in ricovero

Nella giornata precedente al ricovero è opportuno che personale a tale scopo incaricato contatti il paziente ed effettui una verifica preliminare volta ad accertare l’assenza di sintomi e l’assenza di eventuali circostanze che possano palesemente determinare la classificazione del paziente come caso sospetto.

In particolare, si riporta in seguito un esempio di modulo di verifica:

Tabella 1: Modulo di screening preliminare per pazienti in ricovero

Elemento verificato	Risposta	
A É affetto o è stato affetto nelle ultime 48 ore da infezione respiratoria acuta come rilevabile da sintomi quali febbre, tosse o dispnea?	Si	No
B Nei 14 giorni precedenti ha avuto storia di viaggi o residenza in Cina?	Si	No
C Nei 14 giorni precedenti ha soggiornato in zone a rischio epidemiologico, come identificate dall’Organizzazione Mondiale della Sanità?	Si	No
D Nei 14 giorni precedenti ha transitato o ha sostato nei territori della Regione Lombardia e dalle Province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell’Emilia, Rimini; Pesaro e Urbino; Venezia, Padova, Treviso; Asti e Alessandria; Novara; VerbanoCusio-Ossola; Vercelli (Ordinanza del Presidente della Regione n. 3/20)?	Si	No
E É stato in contatto stretto di un caso probabile o confermato di infezione da COVID19? Se è vera una delle seguenti domande lettere da a a g allora barrare sì.	Si	No
a. vive nella stessa casa di un caso di COVID-19?	Si	No
b. ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano)?	Si	No



c. 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)?	Si	No
d. 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?	Si	No
e. Si è trovato 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?	Si	No
f. È un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19?;	Si	No
g. ha viaggiato seduto in aereo con un caso di COVID-19	Si	No

In caso di risposta positiva alla domanda A e a una delle domande B, C, D o E si potrebbe configurare la presenza di un caso sospetto. In tal caso appare opportuno un secondo tempo di indagine condotta da personale medico volta ad approfondire l'eventuale eziologia dei sintomi. Si veda al riguardo la definizione di caso sospetto riportata in allegato.

Il paziente sospetto positivo sarà invitato a non recarsi in struttura e a contattare il proprio MMG ai fini dell'esecuzione dei test previsti. Il ricovero sarà rinviato a data da destinarsi anche in funzione degli esiti dei test COVID-19.

Al paziente negativo sarà confermato l'appuntamento per il ricovero. All'atto della valutazione iniziale del paziente sarà comunque cura del medico che esegue l'anamnesi registrare in cartella clinica le valutazioni di screening.

Screening e accesso dei pazienti ambulatoriali

Anche per i pazienti ambulatoriali è opportuno che personale a tale scopo incaricato effettui una verifica preliminare volta ad accertare l'assenza di sintomi e l'assenza di eventuali circostanze che possano palesemente determinare la classificazione del paziente come caso sospetto. A seconda della dimensione e dei volumi di prestazioni può essere effettuata o meno la valutazione telefonica preliminare come per il caso di pazienti prenotati per il ricovero. In alternativa tale valutazione può essere effettuata al momento della presentazione del paziente in struttura. Può essere utile prevedere a tale scopo un modulo di autovalutazione e autorizzazione all'accesso di cui si riporta un modello.



Tabella 2: Modulo di autorizzazione all'accesso

<p>AUTORIZZAZIONE ACCESSO</p> <p>Nome: _____</p> <p>Cognome _____</p> <p>Data di Nascita; : _____ LUOGO _____</p> <p>Visitatore Altro: _____</p> <p>Motivazione richiesta accesso:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>DICHIARAZIONE DEL RICHIEDENTE:</p> <p>Il sottoscritto, ai fini della presente richiesta di accesso dichiara:</p> <p>A. Di non essere affetto e di non essere stato affetto nelle ultime 48 ore da infezione respiratoria acuta come rilevabile da sintomi quali febbre, tosse o dispnea;</p> <p>B. Che nei 14 giorni precedenti non ha avuto storia di viaggi o residenza in Cina,</p> <p>C. Che nei 14 giorni precedenti non ha soggiornato in zone a rischio epidemiologico, come identificate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;</p> <p>D. Che nei 14 giorni precedenti non ha transitato né ha sostato nei territori della Regione Lombardia e dalle Province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell'Emilia, Rimini; Pesaro e Urbino; Venezia, Padova, Treviso; Asti e Alessandria; Novara; Verbano-Cusio-Ossola; Vercelli;</p> <p>E. Di non essere un contatto stretto di un caso probabile o confermato di infezione da COVID19 in quanto:</p> <p>a. non vive nella stessa casa di un caso di COVID-19</p> <p>b. non ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);</p> <p>c. non 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);</p> <p>d. non 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;</p> <p>e. non 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;</p> <p>f. non corrisponde al profilo di operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati</p>
--



o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;

g. non ha viaggiato seduta in aereo con un caso di COVID-19.

F. Di non avere lavorato o aver frequentato una struttura sanitaria dove sono stati ricoverati pazienti con infezioni da COVID-19

Data _____

Il dichiarante

AUTORIZZAZIONE DELLA DIREZIONE SANITARIA

Il sottoscritto dott. In qualità di direttore Sanitario della Casa di Cura/RSA _____ vista l'autodichiarazione del richiedente e viste le motivazioni della richiesta:

AUTORIZZA

L'accesso in struttura dal giorno _____ al giorno: _____ alle
seguenti condizioni:

Misure igienico-sanitarie:

- a) lavarsi spesso le mani con le soluzioni idroalcoliche per il lavaggio delle mani presenti in struttura;
- b) limitare l'accesso ai soli locali indicati ed evitare il contatto ravvicinato con pazienti al di fuori del proprio assistito (solo per caregiver);
- c) non fare accesso a reparti, complesso operatorio o altri ambienti con presenza di pazienti se non indispensabile e comunque accompagnati dal personale medico della struttura (per visitatori)
- d) mantenere una distanza interpersonale di almeno un metro
- e) starnutire e/o tossire in un fazzoletto evitando il contatto delle mani con le secrezioni respiratorie;
- f) indossare la mascherina (se richiesto dalla direzione).



Data _____	Il Direttore Sanitario (o delegato)
------------	-------------------------------------

Screening e accesso dei caregivers e dei visitatori Caregivers e visitatori rientrano nella categoria di soggetti la cui limitazione all'accesso è fortemente raccomandata. A tale riguardo giova citare il DPCM 04/03/2020 Art. 1 Comma 1 lettera m) che cita testualmente "l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA) e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione".

Appare quantomai opportuno, pertanto, che vengano autorizzati all'accesso soltanto i caregivers per pazienti che ne hanno realmente ed effettivamente bisogno e che l'accesso dei visitatori sia limitato ai soli casi di assoluta necessità. Si raccomanda quindi alle Direzioni Sanitarie di implementare un processo del tipo di quello sotto riportato:

1. I coordinatori infermieristici, sentiti i Responsabili delle Unità Operative, elaborano una lista dei pazienti ricoverati per i quali si rende utile/necessaria la presenza di un caregiver;
2. La lista è approvata dalla Direzione Sanitaria;
3. La lista è resa disponibile al personale addetto al controllo degli accessi e screening che si atterrà ad essa nel consentire l'accesso di caregivers, previa compilazione della scheda di autorizzazione all'accesso.
4. Ai candidati caregivers dei pazienti non in lista sarà negato l'accesso e saranno motivate le ragioni del diniego;
5. I visitatori saranno invitati a motivare bene le ragioni della richiesta di accesso e attenderanno fuori dalla struttura l'esito della valutazione della Direzione Sanitaria.



ACCESSO DI FORNITORI DI SERVIZI E CONSULENTI

Appaiono assolutamente rilevanti le attività di manutenzione e controllo di apparecchiature elettromedicali ed impianti fissi, la cui piena efficienza è alla base della sicurezza del paziente e dell'intera organizzazione sanitaria. Ai fini dell'autorizzazione all'ingresso di specialisti e manutentori esterni appare opportuno l'utilizzo di una modulistica coerente con quella già riportata al paragrafo precedente che contempli anche un questionario di autovalutazione sulle caratteristiche del caso sospetto. Per quanto riguarda le attività di consulenza queste possono, per il periodo di validità dell'emergenza COVID-19, essere effettuate in modalità off-site ovvero in remoto o, addirittura essere procrastinate. Le attività di auditing interno ed esterno dovrebbero essere procrastinate.

7 PRECAUZIONI DI ISOLAMENTO NEI CONFRONTI DEL CASO SOSPETTO O CONFERMATO

Le precauzioni di isolamento nei confronti del caso sospetto (cfr. allegato 2 per definizione di caso sospetto) o confermato devono essere mirate a ridurre il rischio di trasmissione di COVID-19 che come detto si può realizzare attraverso:

- contatto diretto (con il paziente) o indiretto (oggetti inanimati contaminati dal paziente),
- le goccioline respiratorie (droplet $\geq 5 \mu\text{m}$ di diametro) espulse dal paziente e in grado di infettare persone a contatto con il paziente (a distanza di 1 metro, anche se in alcuni casi potrebbero arrivare a 2 metri);
- la via aerea (disseminazione dei virus attraverso piccole particelle $< 5 \mu\text{m}$ di diametro che derivano dall'essiccamento dei droplet più grandi) durante l'esecuzione di procedure invasive che generano aerosol.

La trasmissione per via aerea da pazienti con covid19, in assenza di procedure che generano aerosol, non è al momento adeguatamente documentata.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (di seguito OMS) ritiene idonee le precauzioni standard, da contatto, da droplet e, solo quando si eseguono procedure invasive che generano aerosol, quelle per via aerea. Di seguito si riportano le precauzioni previste dall'OMS per il COVID-19.



Precauzioni standard OMS

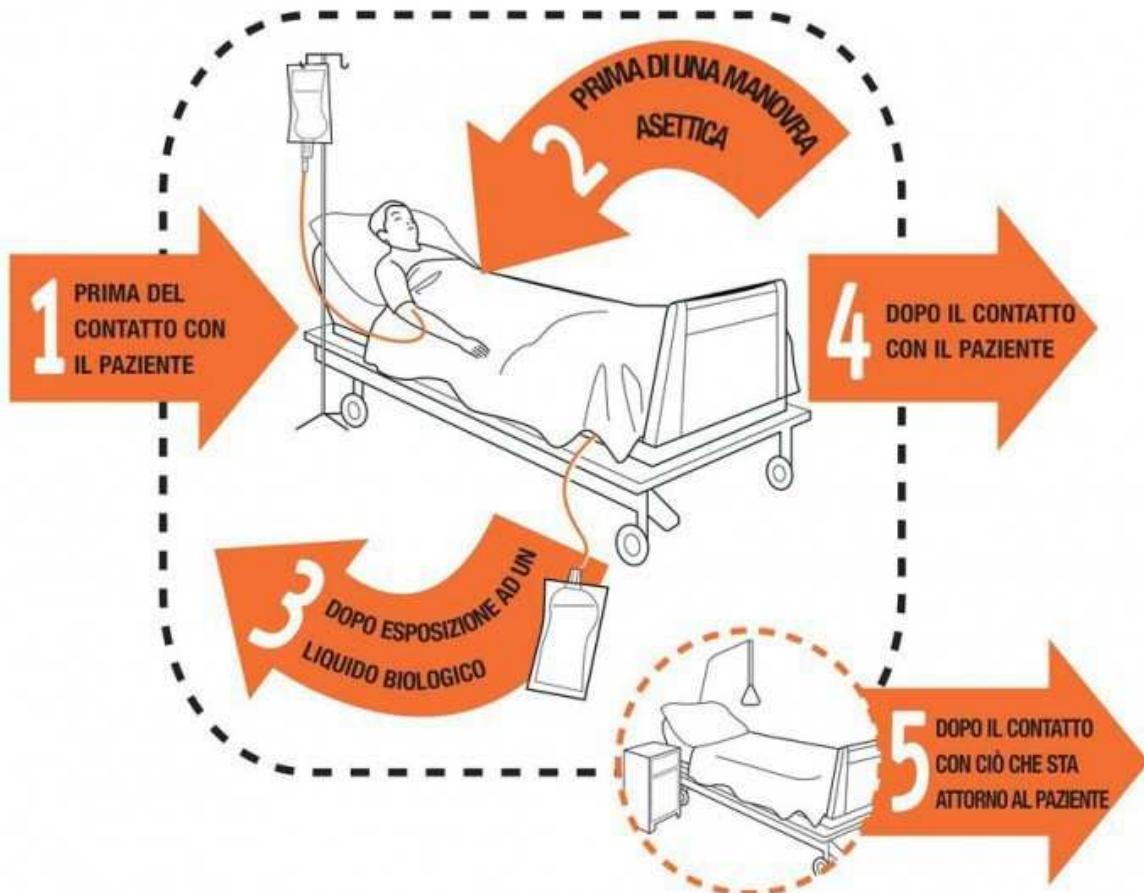
Le precauzioni standard sono raccomandate nell'assistenza diretta a tutti i pazienti e non soltanto a quelli positivi per infezioni:

- Igiene delle mani: frizione con prodotti idroalcolici oppure lavaggio con acqua e sapone (preferire il frizionamento alcolico se le mani non sono visibilmente sporche; utilizzare il lavaggio con acqua e sapone se le mani sono visibilmente sporche).

1. Prima: di toccare un paziente,
2. Prima di una procedura pulita o asettica.
3. Dopo: l'esposizione a liquidi biologici,
4. Dopo aver toccato un paziente
5. Dopo aver toccato le superfici ambientali intorno al paziente.



I 5 momenti fondamentali per L'IGIENE DELLE MANI



1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini. PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni presenti sulle tue mani.
2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica. PERCHÉ? Per proteggere il paziente nei confronti di germi patogeni, inclusi quelli appartenenti al paziente stesso.
3 DOPO ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo esposizione ad un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti). PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.
4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.
5 DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente - anche in assenza di un contatto diretto con il paziente. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente sanitario nei confronti di germi patogeni.



FORMICA

Sicurezza sul Lavoro

di Giovanni Formica



1 PRIMA DEL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani prima di toccare un paziente mentre ti avvicini. PERCHÉ? Per proteggere il paziente dai germi patogeni presenti sulle tue mani.
2 PRIMA DI UNA MANOVRA ASETTICA	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente prima di qualsiasi manovra asettica. PERCHÉ? Per proteggere il paziente dall'ingresso nell'organismo di germi patogeni, inclusi quelli dello stesso paziente.
3 DOPO RISCHIO/ESPOSIZIONE AD UN LIQUIDO BIOLOGICO	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani immediatamente dopo l'esposizione ad un liquido biologico (e dopo aver rimosso i guanti). PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente dai germi patogeni provenienti dal paziente.
4 DOPO IL CONTATTO CON IL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani dopo aver toccato un paziente o le superfici nelle immediate vicinanze del paziente uscendo dalla stanza. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente dai germi patogeni provenienti dal paziente.
5 DOPO IL CONTATTO CON CIÒ CHE STA ATTORNO AL PAZIENTE	QUANDO? Effettua l'igiene delle mani uscendo dalla stanza dopo aver toccato qualsiasi oggetto o mobile nelle immediate vicinanze di un paziente, anche in assenza di un contatto diretto con il paziente. PERCHÉ? Per proteggere te stesso e l'ambiente dai germi patogeni provenienti dal paziente.



IGIENE RESPIRATORIA:

1. tutti i pazienti devono coprire bocca e naso con un fazzoletto di tessuto o con l'incavo del gomito quando tossiscono o starnutiscono;
2. rendere disponibili le mascherine chirurgiche per i pazienti con sospetta infezione da 2019 - nCoV nelle stanze di attesa o nelle stanze ove è stato attuato il coorting dei pazienti;
3. effettuare l'igiene delle mani dopo il contatto con secrezioni respiratorie.

- Guanti: Quando si prevede di toccare sangue, liquidi organici e oggetti contaminati
- Protezione della bocca (mascherina): Durante procedure che possono provocare la contaminazione della bocca e del viso con sangue o liquidi organici protezione degli occhi (occhiali, ecc.): Durante procedure che possono provocare la contaminazione della congiuntiva e del viso con sangue o liquidi organici (induzione della tosse, broncoscopia, intubazione, interventi chirurgici vascolari o ortopedici, ostetricia, pronto soccorso, autopsia)
- Protezione del corpo (grembiule, ecc.): Durante procedure che possono provocare la contaminazione dei vestiti con sangue o liquidi organici.

Rientrano tra le precauzioni standard anche le seguenti:

- Gestione di attrezzature e dispositivi per l'assistenza. I dispositivi medici e le attrezzature, gli utensili per la distribuzione dei pasti e i rifiuti ospedalieri devono essere gestiti in accordo con le procedure di sicurezza di routine.
- Adeguata pulizia e disinfezione ambientale. È importante assicurare che vengano seguite in modo corretto e coerente le misure di sanificazione ambientale e di disinfezione. La pulizia attenta delle superfici ambientali con acqua e detergente e l'utilizzo dei comuni disinfettanti ospedalieri (ad esempio ipoclorito di sodio) è appropriato e sufficiente.
- Gestione della biancheria;
- Sicurezza della terapia iniettiva;
- Manipolazione pungenti/taglienti;
- Educazione al paziente e alla famiglia.



É, inoltre, importante limitare il numero di operatori che sono in contatto con un paziente con infezione sospetta o accertata da 2019-nCoV e mantenere un registro di tutte le persone che entrano nella stanza del paziente.

Precauzioni trasmissione da contatto e droplets OMS

Le seguenti precauzioni sono raccomandate nell'assistenza diretta a tutti i casi sospetti o accertati di COVID-19

- Guanti: prima di entrare nella stanza e nell'assistenza al paziente;
- Protezione della bocca (facciale filtrante FFP2): Quando si è a < 1 metro di distanza dal paziente nell'assistenza a casi sospetti o confermati;
- Protezione degli occhi (occhialini, ecc.): Quando si è a < 1 metro di distanza dal paziente Protezione del corpo (camice idrorepellente a manica lunga): prima di entrare nella stanza se si prevede il contatto con il paziente o l'ambiente
- Stanza di isolamento: stanza singola adeguatamente ventilata (almeno 60 L/s), mantenere le porte chiuse. Evitare di far muovere e trasportare i pazienti fuori dalla loro stanza a meno che non sia clinicamente necessario. Utilizzare attrezzature radiologiche portatili e/o altre attrezzature diagnostiche dedicate. Se il trasporto è necessario, utilizzare vie predefinite di trasporto per minimizzare l'esposizione dello staff, di altri pazienti e visitatori e assicurarsi che il paziente indossi la mascherina;
- Attrezzature: monouso oppure dedicate a ciascun paziente (ad es. stetoscopi, manicotti per la misurazione della pressione, termometri); se condivise tra pazienti, devono essere pulite e disinfettate tra successivi utilizzi (ad es. utilizzando alcol etilico al 70%)
- Pulizia ambientale: pulire e disinfettare periodicamente le superfici con le quali il paziente è in contatto

Per quanto attiene l'utilizzo dei DPI si confronti anche l'apposito capitolo.



Precauzioni trasmissione per via aerea OMS

Le seguenti precauzioni sono raccomandate nell'assistenza diretta a tutti i casi sospetti o accertati di COVID-19 nel corso di procedure in grado di generare aerosol:

- Protezione delle vie aeree: Facciali filtranti FFP3 per procedure che provocano aerosol. È necessario eseguire sempre il check di tenuta stagna.
- Stanza di isolamento a pressione negativa: stanza con ventilazione a pressione negativa e 6 ricambi aria/ora.

Tra le principali procedure che generano aerosol si ricordano le seguenti:

- intubazione tracheale;
- ventilazione non-invasiva;
- tracheostomia;
- rianimazione cardiopolmonare;
- ventilazione manuale prima dell'intubazione;
- broncoscopia.

I DPI di terza categoria (come i facciali filtranti FFP3) devono essere oggetto di specifico addestramento all'uso condotto da personale qualificato. Si raccomanda pertanto di eseguire e lasciare evidenza di tale addestramento

Aree di degenza ospedaliera

Tabella 3: DPI e altre misure di protezione per le aree di degenza

Contesto	Destinatari dell'indicazione	Attività	DPI e altre misure di protezione
Stanza di pazienti COVID-19	Operatori sanitari	Assistenza diretta a pazienti COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> • Mascherina chirurgica • Camice monouso • Guanti • Protezioni oculari:
		Procedure che generano aerosol	<ul style="list-style-type: none"> o occhiali a maschera o occhiali di protezione o visiera <ul style="list-style-type: none"> • Facciale filtrante FFP2/FFP3 • Camice monouso idrorepellente • Guanti • Protezioni oculari: o occhiali a maschera o occhiali di protezione o visiera
	Addetti alle pulizie	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> Mascherina chirurgica • Camice monouso • Guanti spessi • Occhiali di protezione • Scarpe da lavoro chiuse
	Visitatori	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19	Il Ministero della Salute raccomanda di non consentire le visite a pazienti



			con COVID-19 (Circolare del Ministero della Salute 5443 del 22/02/2020)
Altre aree di transito dei pazienti (reparti, corridoi)	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Nessuna attività che comporti contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI
Triage Accettazione sanitaria e screening	Operatori sanitari	Screening preliminare che non comporta il contatto diretto	<ul style="list-style-type: none">• Mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro• Non sono necessari DPI
	Operatori sanitari	Secondo screening (esempio intervista a pazienti con febbre per la verifica di caso sospetto).	<ul style="list-style-type: none">• Mascherina chirurgica• Guanti
	Pazienti con sintomi respiratori	Tutte le attività	<ul style="list-style-type: none">• Mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro• Mascherina chirurgica
	Pazienti senza sintomi respiratori	Tutte le attività	Non sono necessari DPI
Laboratorio	Tecnici di laboratori	Manipolazione di campioni respiratori	<ul style="list-style-type: none">• Mascherina chirurgica• Camice monouso• Guanti



			<ul style="list-style-type: none"> • Protezioni oculari: o occhiali a maschera o occhiali di protezione o visiera
Aree amministrative	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Attività amministrative che non comportano contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI

Ambulatori

Tabella 4: DPI e altre misure di protezione per gli ambulatori

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione	Attività	DPI e altre misure di protezione
Ambulatori	Operatori sanitari	Esame obiettivo di pazienti con sintomi respiratori	<ul style="list-style-type: none"> • Mascherina chirurgica • Camice monouso • Guanti • Protezioni oculari: o occhiali a maschera o occhiali di protezione o visiera
	Operatori sanitari	Esame obiettivo di pazienti senza sintomi respiratori	I DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria mansione
	Pazienti con sintomi respiratori	Tutte le attività	• Mascherina chirurgica
	Pazienti senza sintomi respiratori	Tutte le attività	Non sono necessari DPI
	Addetti alle pulizie	Dopo l'attività di visita di pazienti con sintomi	<ul style="list-style-type: none"> • Mascherina chirurgica • Camice monouso



		respiratori	<ul style="list-style-type: none">• Guanti spessi• Occhiali di protezione• Scarpe da lavoro chiuse
Sale d'attesa	Pazienti con sintomi respiratori	Tutte le attività	<ul style="list-style-type: none">• Mascherina chirurgica• Isolare immediatamente il paziente in area dedicata o comunque separata dagli altri• Se tale soluzione non è adottabile assicurare la distanza di almeno 1 metro dagli altri pazienti
	Pazienti senza sintomi respiratori	Tutte le attività	Non sono necessari DPI
Aree amministrative	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Nessuna attività che comporti contatto con pazienti COVID19	Non sono necessari DPI
Triage Accettazione sanitaria e screening	Operatori sanitari	Screening preliminare che non comporta il contatto diretto	<ul style="list-style-type: none">• Mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro• Non sono necessari DPI
	Operatori sanitari	Secondo screening (esempio intervista a pazienti con febbre per la	<ul style="list-style-type: none">• Mascherina chirurgica• Guanti

		verifica di caso sospetto).	
	Pazienti con sintomi respiratori	Tutte le attività	<ul style="list-style-type: none"> Mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro Mascherina chirurgica
	Pazienti senza sintomi respiratori	Tutte le attività	Non sono necessari DPI
	Accompagnatori	Accesso in stanza del paziente con sintomi respiratori senza prestare cure o assistenza diretta	Mascherina chirurgica

Procedura di vestizione e svestizione

La Circolare del Ministero della Salute 5443 del 22/02/2020 raccomanda le seguenti procedure di vestizione/svestizione, rispettando le sequenze di seguito indicate.

Vestizione: nell'antistanza/zona filtro:

- Togliere ogni monile e oggetto personale. PRATICARE L'IGIENE DELLE MANI con acqua e sapone o soluzione alcolica;
- Controllare l'integrità dei dispositivi; non utilizzare dispositivi non integri;
- Indossare un primo paio di guanti;
- Indossare sopra la divisa il camice monouso;
- Indossare idoneo filtrante facciale;
- Indossare gli occhiali di protezione;
- indossare secondo paio di guanti.

Svestizione: nell'antistanza/zona filtro:



REGOLE COMPORTAMENTALI :

- evitare qualsiasi contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute;
- i DPI monouso vanno smaltiti nell'apposito contenitore nell'area di svestizione;
- decontaminare i DPI riutilizzabili;
- rispettare la sequenza indicata:
 - Rimuovere il camice monouso e smaltirlo nel contenitore;
 - Rimuovere il primo paio di guanti e smaltirlo nel contenitore;
 - Rimuovere gli occhiali e sanificarli;
 - Rimuovere la maschera FFP3 maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore;
 - Rimuovere il secondo paio di guanti;
 - Praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone.

TRASFERIMENTO DI CASI

Contattare il Servizio 118 per attivare la procedura di trasferimento. La nota del Ministero della Salute n. 5443-22/02/2020 fornisce le seguenti indicazioni in merito al trasferimento di casi sospetti di COVID-19. Esso deve avvenire utilizzando un'ambulanza che sarà decontaminata immediatamente dopo il trasferimento. L'ambulanza deve avere una divisione tra vano autista e vano paziente. Il personale sanitario deve indossare adeguati DPI, consistenti in:

- filtranti respiratori FFP2;
- tuta protettiva o camice idrorepellente a manica lunga;
- doppi guanti non sterili (si veda la procedura di vestizione riportata in precedenza);
- protezione per gli occhi;

Il caso sospetto o confermato deve indossare una mascherina chirurgica durante il trasporto. Il trasferimento di casi confermati deve avvenire con le necessarie precauzioni e dopo attenta pianificazione tra la struttura di provenienza e quella di destinazione.



Giova ricordare che l'organizzazione che accoglie il paziente deve ricevere una relazione scritta sulle condizioni cliniche del paziente e sugli interventi prestatati dall'ospedale inviante e che il processo di trasferimento sia documentato nella cartella clinica del paziente

ALLEGATO 1:

Nuovo coronavirus Covid-19

I coronavirus (CoV) sono un'ampia famiglia di virus respiratori che possono causare malattie da lievi a moderate, dal comune raffreddore a sindromi respiratorie come la MERS (sindrome respiratoria mediorientale, Middle East respiratory syndrome) e la SARS (sindrome respiratoria acuta grave, Severe acute respiratory syndrome). Sono chiamati così per le punte a forma di corona che sono presenti sulla loro superficie. I coronavirus sono comuni in molte specie animali (come i cammelli e i pipistrelli) ma in alcuni casi, se pur raramente, possono evolversi e infettare l'uomo per poi diffondersi nella popolazione. Un nuovo coronavirus è un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente mai identificato nell'uomo.

SARS-CoV

La sindrome respiratoria acuta grave (Severe acute respiratory syndrome) dovuta a coronavirus è stata registrata per la prima volta in Cina a novembre 2002. Ha causato un'epidemia mondiale che tra il 2002 e il 2003 ha registrato 8098 casi probabili di cui 774 decessi. Dal 2004 non si sono registrati casi di infezione da SARS-CoV in nessuna parte del mondo.

MERS-CoV

La sindrome respiratoria mediorientale (Middle East respiratory syndrome) dovuta a coronavirus è stata registrata per la prima volta in Arabia Saudita nel 2012. Da allora, l'infezione ha colpito persone da oltre 25 Paesi anche se tutti i casi sono stati collegati a Paesi interni o nelle vicinanze della penisola arabica.

SARS-CoV-2

Il 9 gennaio 2020 l'OMS ha dichiarato che le autorità sanitarie cinesi hanno individuato un nuovo ceppo di coronavirus mai identificato prima nell'uomo, provvisoriamente chiamato 2019-nCoV e classificato in seguito ufficialmente con il nome di SARS-CoV-2. Il virus è associato a un focolaio di casi di polmonite registrati a partire dal 31 dicembre 2019 nella città di Wuhan, nella Cina centrale.



L'11 febbraio, l'OMS ha annunciato che la malattia respiratoria causata dal nuovo coronavirus è stata chiamata COVID-19 (Corona Virus Disease). Nella prima metà del mese di febbraio l'International Committee on Taxonomy of Viruses (ICTV), che si occupa della designazione e della denominazione dei virus (ovvero specie, genere, famiglia, ecc.), ha assegnato al nuovo coronavirus il nome definitivo: "Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2" (SARS-CoV-2). Ad indicare il nuovo nome sono stati un gruppo di esperti appositamente incaricati di studiare il nuovo ceppo di coronavirus. Secondo questo pool di scienziati il nuovo coronavirus è fratello di quello che ha provocato la Sars (SARS-CoVs), da qui il nome scelto di SARS-CoV-2. Il nuovo nome del virus (SARS-Cov-2) sostituisce quello precedente (2019-nCoV).

Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico

1. Una 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 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

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

oppure

3. Una 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.

Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel pronto soccorso ospedaliero, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o nel Paese è stata segnalata trasmissione locale.

Caso probabile

Un 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.



Caso confermato

Un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il Riferimento che rispondano ai criteri indicati in Allegato 3, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

Definizione di contatto stretto

Il contatto stretto di un caso probabile o confermato è definito come:

- una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad 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;
- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima

dell'insorgenza della malattia nel caso in esame. laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) o da laboratori Regionali