



KNOSSO

Knowledge for a Safe and Secure Organization

*Studio sull'Emergenza COVID-19
per essere resilienti ai rischi di oggi e prevenire
quelli futuri*



KNOSSO

www.knosso.it - info@knosso.it

1

Riproduzione riservata



Sommario

<i>Introduzione</i>	3
<i>Sintomatologia</i>	3
<i>Capacità di trasmissione</i>	4
<i>Nuovo coronavirus: il punto sui meccanismi di trasmissione</i>	4
<i>Trattamento</i>	6
<i>Metodologia e criteri per la valutazione del rischio</i>	6
Misure di prevenzione e controllo	10
Prerequisito.....	10
Uno scenario tipico: Media probabilità di diffusione del contagio.....	11
Gestione delle segnalazioni di casi dal personale.....	12
Quarantena e isolamento	12
Positivi e contatti stretti	14
Procedure di segnalazione dei casi	15
Moduli per il contact-tracing	17
Protezioni e DPI (Dispositivi di Protezione Individuale)	17
Caratteristiche delle protezioni delle vie respiratorie.....	17
Caratteristiche delle mascherine chirurgiche (Regolamento Dispositivi Medici (UE) 2017/745; EN 14683:2019).....	18
Problemi di approvvigionamento e razionalizzazione dell'uso	19
Scelta e fornitura delle protezioni delle vie respiratorie e delle mani.....	21
Razionalizzazione delle protezioni delle vie respiratorie	21
Utilizzo delle protezioni per le vie respiratorie	22
Altre tipologie di DPI.....	24
Conclusioni	24



Introduzione

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. Il nuovo coronavirus è un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente mai identificato nell'uomo. In particolare, quello denominato provvisoriamente all'inizio dell'epidemia 2019-nCoV, non è mai stato identificato prima di essere segnalato a Wuhan, Cina, a dicembre 2019.

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).

Sempre nella prima metà del mese di febbraio (precisamente l'11 febbraio) l'OMS ha annunciato che la malattia respiratoria causata dal nuovo coronavirus è stata chiamata COVID-19. La nuova sigla è la sintesi dei termini CO-rona VI-rus D-isease e dell'anno d'identificazione, 2019.

Fonte: Ministero della salute – www.salute.gov.it

Sintomatologia

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

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:

- naso che cola;
- mal di testa;
- tosse secca;
- gola infiammata;
- febbre;
- una sensazione generale di malessere.

Come altre malattie respiratorie, l'infezione da nuovo coronavirus può causare sintomi lievi come raffreddore, mal di gola, tosse e febbre, oppure sintomi più severi quali polmonite e difficoltà respiratorie. Raramente può essere fatale. Le persone più suscettibili alle forme gravi sono gli anziani e quelle con malattie pre-esistenti, quali diabete e malattie cardiache.



Poiché i sintomi provocati dal nuovo coronavirus sono aspecifici e simili a quelli del raffreddore comune e del virus dell'influenza è possibile, in caso di sospetto, effettuare esami di laboratorio per confermare la diagnosi. Sono a rischio di infezione le persone che sono state a stretto contatto con soggetti infetti o vivono o che hanno viaggiato in aree ad alto rischio.

Capacità di trasmissione

Il nuovo coronavirus è un virus respiratorio che si diffonde principalmente attraverso il contatto con le goccioline del respiro delle persone infette, ad esempio tramite:

- la saliva (tossendo e starnutando);
- contatti diretti personali;
- le mani (ad esempio toccando con le mani contaminate, non ancora lavate, bocca, naso o occhi).

Normalmente le malattie respiratorie non si trasmettono con gli alimenti, che comunque devono essere manipolati rispettando le buone pratiche igieniche ed evitando il contatto fra alimenti crudi e cotti.

Nuovo coronavirus: il punto sui meccanismi di trasmissione

La via di trasmissione principale è quella respiratoria, ma non è da trascurare quella da superfici contaminate. Il periodo di incubazione varia tra 2 e 12 giorni; 14 giorni rappresentano il limite massimo di precauzione.

In merito ai meccanismi di trasmissione, si riporta uno stralcio del Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 del 28/03/2020, ed in particolare l'Allegato 1 del Rapporto.

La trasmissione delle infezioni da coronavirus, incluso il SARS-CoV-2, avviene nella maggior parte dei casi attraverso goccioline - droplets ($\geq 5\mu\text{m}$ di diametro) generate dal tratto respiratorio di un soggetto infetto soprattutto con la tosse o starnuti ed espulse a distanze brevi (< 1 metro). Tali goccioline non rimangono sospese nell'aria ma si possono depositare sulle mucose nasali od orali o sulle congiuntive di un soggetto suscettibile soprattutto nel corso di contatti stretti tra persona e persona.

SARS-CoV-2 si può anche trasmettere per contatto diretto o indiretto con oggetti o superfici nelle immediate vicinanze di persone infette che siano contaminate da loro secrezioni (saliva, secrezioni nasali, espettorato), ad esempio attraverso le mani contaminate che toccano bocca, naso o occhi. Studi su altri coronavirus, quali il virus della SARS e della MERS, suggeriscono che il tempo di sopravvivenza su superfici, in condizioni sperimentali, oscilla da 48 ore fino ad alcuni giorni (9 giorni) in dipendenza della matrice/materiale, della concentrazione, della temperatura e dell'umidità, anche se tale dato si riferisce alla possibilità di rilevazione di RNA del virus e non al suo isolamento in forma infettante. Dati sperimentali più recenti relativi alla persistenza del virus SARS-CoV-2, confermano la sua capacità di persistenza su plastica e acciaio inossidabile fino a 72 ore e su rame e cartone fino a 4 e 24 ore, rispettivamente, mostrando anche un decadimento esponenziale del titolo virale nel tempo.



La trasmissione per via aerogena (che avviene attraverso particelle di dimensioni $< 5 \mu\text{m}$ che si possono propagare a distanza > 1 metro) non è documentata per i coronavirus incluso SARS-CoV-2, ad eccezione di specifiche procedure che possono generare aerosol (ad esempio, intubazione, tracheotomia, ventilazione forzata) e che avvengono soltanto in ambiente sanitario. Il ruolo marginale della trasmissione per via aerogena è anche riportato nel report relativo alla missione OMS in Cina per valutare la situazione dell'epidemia e le attuali evidenze derivanti da studi condotti in quel paese. Due studi recenti basati su campionamenti dell'aria nelle immediate vicinanze di pazienti affetti da COVID-19 con carica virale significativa nelle loro secrezioni respiratorie, non hanno dimostrato alcuna presenza del virus SARS-CoV2. Un altro studio effettuato su voli di lunga distanza, ha dimostrato che non c'è evidenza di trasmissione del virus a passeggeri seduti in prossimità di soggetti affetti da COVID-19. Uno studio sperimentale recentemente pubblicato sul NEJM ha simulato condizioni di diffusione dei virus SARS-CoV-2 o SARS-CoV-1 tramite aerosol. L'aerosol è stato generato con l'uso di un nebulizzatore three-jet Collison e immesso in un tamburo di Goldberg, utilizzando alta carica virale ed elevati volumi (10 ml). Questo sistema non riproduce le normali condizioni di tosse prodotta da un paziente affetto da COVID-19. Inoltre, sebbene l'esperimento dimostri la persistenza del virus nelle particelle di aerosol fino a 3 ore, non fornisce prove sostanzialmente nuove sulla trasmissione aerogena poiché quest'ultima era già nota come un'evenienza possibile durante procedure che generano aerosol. Infatti, l'OMS e altri importanti istituzioni tecniche che forniscono linee guida IPC per COVID-19 raccomandano precauzioni airborne per queste procedure. (rif. Bibliografica del Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 del 28/03/2020).

Vi sono alcune evidenze che l'infezione da SARS-CoV-2 può manifestarsi con sintomi intestinali e che il virus possa essere presente nelle feci. Il rapporto dell'OMS sulla Cina indica che l'RNA virale è stato rilevato nelle feci nel 30% dei casi entro pochi giorni dall'esordio dei sintomi e in alcuni casi è stato possibile ottenere anche il virus vitale in coltura. Altre pubblicazioni hanno riportato che la diarrea si presentava nel 2-10% dei casi di malattia confermata COVID-19 (10-12) e due studi hanno rilevato RNA virale nelle feci di pazienti COVID-19 (13-14). Tuttavia, ad oggi solo uno studio ha dimostrato la presenza di virus vitale in un singolo campione di feci (rif. Bibliografica del Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 del 28/03/2020).

I dati attualmente disponibili non supportano quindi la trasmissione per via aerea di SARS-CoV-2, fatta eccezione per i possibili rischi attraverso procedure che generano aerosol se eseguite in un ambiente inadeguato (non in stanza di isolamento con pressione negativa) e / o in caso di utilizzo di dispositivi di protezione individuali (DPI) inadeguati. È probabile per contro che la trasmissione attraverso il contatto con superfici contaminate, in particolare nelle immediate vicinanze di un paziente COVID-19, abbia un ruolo, mentre quello via aerosol rimane ancora una ipotesi solo sperimentale. Non sono stati dimostrati casi di trasmissione fecale-orale del virus SARS-CoV-2.



Trattamento

Non esiste un trattamento mirato per la malattia causata dal nuovo coronavirus e sono da poco disponibili alcuni, poche tipologie di vaccini per proteggersi dal virus.

Il trattamento è basato sui sintomi del paziente e la terapia di supporto può essere molto efficace. Terapie specifiche sono in fase di studio.

Metodologia e criteri per la valutazione del rischio

La verifica della compliance normativa, presente al precedente capitolo, è da ritenersi parte integrante della valutazione dei rischi.

Dal punto di vista metodologico, per la valutazione del rischio e quindi per la stima dell'entità dello stesso, anche per ragioni di continuità e congruità con le revisioni precedenti, si è optato per l'individuazione di SCENARI STANDARD. Per la definizione degli scenari, si è fatto riferimento al documento OSHA 3990-03 2020 Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19, nel quale viene fatta una suddivisione delle attività lavorative in quattro livelli di esposizione: rischio MOLTO ALTO, ALTO, MEDIO e BASSO.

DESCRIZIONE LIVELLI DI ESPOSIZIONE			
MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO
Attività che comportano un alto potenziale di esposizione a fonti note o sospette di COVID-19 durante l'effettuazione di specifiche attività mediche, postmortem o di laboratorio	Attività che comportano un alto potenziale di esposizione a fonti note o sospette di COVID-19 durante le attività assistenziali o di supporto o di servizi	Attività che richiedono un contatto frequente e/o stretto (cioè nel raggio di circa 6 piedi= 83 cm) con persone potenzialmente infette, ma che non possono essere inquadrare come pazienti COVID-19 noti o sospetti	Attività che non prevedono il contatto dei lavoratori con persone con infezione nota o sospetta da SARS-CoV-2 e che non comportano frequenti contatti ravvicinati (cioè nel raggio di 6 piedi=183 cm) con l'utenza o con la popolazione generale



LIVELLI DI ESPOSIZIONE			
MOLTO ALTO	ALTO	MEDIO	BASSO
Operatori sanitari (medici, infermieri, dentisti, paramedici, tecnici medici di emergenza) che eseguono procedure di generazione aerosol (ad es. intubazione, procedure di induzione della tosse, broncoscopie, alcune procedure odontoiatriche ed esami o raccolta di campioni invasivi) su pazienti COVID-19 noti o sospetti	Personale di assistenza sanitaria e di supporto (ad es. medici, infermieri e altro personale ospedaliero che devono entrare nelle stanze dei pazienti) esposti a pazienti COVID-19 noti o sospetti. (NB: quando tali lavoratori eseguono procedure che generano aerosol, il loro livello di rischio di esposizione diventa molto alto)	In assenza di una situazione di trasmissione epidemica in corso nella popolazione locale, i lavoratori di questo gruppo si considerano a rischio in quanto potrebbero trovarsi ad avere contatti frequenti con viaggiatori che rientrano da località internazionali ove è presente una epidemia diffusa di COVID-19	I lavoratori di questa categoria hanno un contatto professionale minimo sia con il pubblico che con altri colleghi
Personale sanitario o di laboratorio che raccoglie o maneggia campioni da pazienti COVID-19 noti o sospetti (ad es. manipolazione di colture da pazienti COVID-19 noti o sospetti)	Operatori addetti al trasporto sanitario (ad es. conducenti e operatori a bordo di ambulanze) che trasferiscono pazienti COVID-19 noti o sospetti in veicoli chiusi	Nelle aree in cui è in corso una epidemia, i lavoratori possono essere a rischio per contatti con la popolazione generale. Rientrano in questa categoria le scuole, le aziende con molti lavoratori occupati, frequentati dalla popolazione (es.: uffici aperti al pubblico) e le strutture commerciali (supermercati)	
Operatori di reparti di anatomia patologica che eseguono autopsie, che generalmente comportano procedure che generano aerosol, sui corpi di persone decedute con infezione nota o sospetta per COVID19	Operatori mortuari coinvolti nella preparazione (ad es. per sepoltura o cremazione) dei corpi di persone che sono note o sospette per COVID-19 al momento della morte		
	Tecnici addetti alla verifica di apparecchiature elettromedicali in ambito ospedaliero, laboratoristico e domiciliare		



La suddivisione delle attività lavorative in quattro livelli di esposizione individua sostanzialmente quattro scenari che, a parità di Gravità del Danno, corrispondono a quattro probabilità di diffusione del contagio. Per opportunità si è aggiunto ai quattro scenari un Prerequisito che, indipendentemente dallo scenario, andrà sempre rispettato. Tale Prerequisito rappresenta una misura generale di tutela, che prevede il rispetto di normative, circolari, ordinanze, ecc. imposte dagli Organi Istituzionali.

Nella tabella sottostante si riassume l'inquadramento dell'Organizzazione:

SCENARIO	DESCRIZIONE	APPLICAZIONE
Prerequisito	Rispetto delle normative, circolari, ordinanze ecc. imposte dalle istituzioni	X
Scenario 1	Bassa probabilità di diffusione del contagio	
Scenario 2	Media probabilità di diffusione del contagio	X
Scenario 3	Elevata probabilità di diffusione del contagio	
Scenario 4	Molto elevata probabilità di diffusione del contagio	

Nel mese di aprile l'INAIL ha proposto una metodologia alternativa per la valutazione e stima dell'entità del rischio, ossia un modello sviluppato sulla base dati O'NET del Bureau of Labor of Statistics statunitense (fonte O*NET 24.2 Database, U.S. Department of Labor, Employment and Training Administration), adattato al contesto lavorativo nazionale integrando i dati delle indagini INAIL e ISTAT (fonti Indagine INSuLa 2 e dati ISTAT degli occupati al 2019) e gli aspetti connessi all'impatto sull'aggregazione sociale.

La metodologia individuata dell'INAIL prevede l'analisi di tre variabili:

- Esposizione - la probabilità di venire in contatto con fonti di contagio nello svolgimento delle specifiche attività lavorative (es. settore sanitario, gestione dei rifiuti speciali, laboratori di ricerca, ecc.):
 - o 0 = probabilità bassa (es. lavoratore agricolo);
 - o 1 = probabilità medio-bassa;
 - o 2 = probabilità media;
 - o 3 = probabilità medio-alta;
 - o 4 = probabilità alta (es. operatore sanitario).
- Prossimità - caratteristiche intrinseche di svolgimento del lavoro che non permettono un sufficiente distanziamento sociale (es. specifici compiti in catene di montaggio) per parte del tempo di lavoro o per la quasi totalità:
 - o 0 = lavoro effettuato da solo per la quasi totalità del tempo;
 - o 1 = lavoro con altri ma non in prossimità (es. ufficio privato);



- 2 = lavoro con altri in spazi condivisi ma con adeguato distanziamento (es. ufficio condiviso);
 - 3 = lavoro che prevede compiti condivisi in prossimità con altri per parte non predominante del tempo (es. catena di montaggio);
 - 4 = lavoro effettuato in stretta prossimità con altri per la maggior parte del tempo (es. studio dentistico).
- **Aggregazione:** la tipologia di lavoro che prevede il contatto con altri soggetti oltre ai lavoratori dell'azienda (es. ristorazione, commercio al dettaglio, spettacolo, alberghiero, istruzione, ecc.).

Il risultato parziale (step 1), che determina l'attribuzione del livello di rischio, deriverà dalla combinazione delle variabili "esposizione" e "prossimità"; tale risultato potrà ricadere all'interno di uno dei quattro livelli previsti dalla matrice del rischio: ALTO, MEDIO-ALTO, MEDIO-BASSO e BASSO.

Il punteggio risultante di tale combinazione verrà successivamente corretto con un ulteriore fattore (step 2):

- **Aggregazione:**
- 1.00 = presenza di terzi limitata o nulla (es. settori manifatturiero, industria, uffici non aperti al pubblico);
 - 1.15 (+15%) = presenza intrinseca di terzi ma controllabile organizzativamente (es. commercio al dettaglio, servizi alla persona, uffici aperti al pubblico, bar, ristoranti);
 - 1.30 (+30%) = aggregazioni controllabili con procedure (es. sanità, scuole, carceri, forze armate, trasporti pubblici);
 - 1.50 (+50%) = aggregazioni intrinseche controllabili con procedure in maniera molto limitata (es. spettacoli, manifestazioni di massa).

Il risultato finale, che determina l'attribuzione del livello di rischio integrato con la variabile di aggregazione sociale, ricadrà anche esso all'interno di uno dei quattro livelli previsti dalla matrice di rischio: ALTO, MEDIO-ALTO, MEDIO-BASSO e BASSO; la classe di rischio individuata per lo step 1 potrà essere riconfermata o aumentata, ma mai diminuita essendo la variabile aggregazione maggiore o uguale a 1.

Ad esempio, le aziende che esercitano le attività previste dai codici ATECO 60-79, sono inquadrati nella lettera J e M dei Codici ATECO e classificati (Metodologia INAIL) con un rischio BASSO. Per questi codici l'INAIL attribuisce una classe di "aggregazione" pari a 1 e, pertanto, mantiene il settore "M - Attività professionali, scientifiche e tecniche" ad un livello pari a BASSO.

L'attribuzione delle classi di rischio per i settori produttivi individuati dall'INAIL è comunque da considerarsi come orientativa per far emergere una consapevolezza integrata dell'attuale scenario di emergenza sanitaria. Proprio per questo, facendo una analisi più profonda, è possibile anche attribuire all'Organizzazione un rischio MEDIO-BASSO. Per il dettaglio si rimanda al paragrafo successivo.



Misure di prevenzione e controllo

Prerequisito

Il prerequisito, sempre applicabile, risiede nel rispetto delle imposizioni di legge promulgate dalle Istituzioni preposte (Presidente della Repubblica, Consiglio dei Ministri e proprio Presidente del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute, altri eventuali Ministeri competenti, Regione, Ente Locale / Comune, ecc.).

Alla data di emanazione della presente valutazione si riporta un elenco delle disposizioni presenti a livello nazionale:

- DECRETO-LEGGE n° 30 del 13 marzo 2021: misure urgenti per fronteggiare la diffusione del COVID-19 e interventi di sostegno per lavoratori con figli minori in didattica a distanza o in quarantena.
- DPCM 02/03/2021: ulteriori disposizioni urgenti in materia di spostamenti sul territorio nazionale per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- DPCM 14/01/2021: ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19,
- DPCM 3/12/2020: misure urgenti in materia di contenimento del contagio;
- DL 2/12/2020 (158/2020)
- DL 29/11/2020 (Ristori quater)
- DL 20/11/2020 (Ristori ter)
- DL 7/11/2020 (Ristori bis)
- DPCM 3/11/2020: misure urgenti in materia di contenimento del contagio;
- DPCM 24/10/2020: misure urgenti in materia di contenimento del contagio;
- DPCM 26/04/2020: misure urgenti in materia di contenimento del contagio;
- DPCM 10/04/2020: misure urgenti in materia di contenimento del contagio;
- DPCM 1/04/2020: misure urgenti in materia di contenimento del contagio;
- DECRETO-LEGGE 25/03/2020 N.19: Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19;
- DPCM 22/03/2020: Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;
- DECRETO-LEGGE 17/03/2020 N.18: Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19;
- DPCM 11/03/2020: Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;
- DPCM 09/03/2020: Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;
- Circolare del Ministero della Salute 0007922-09/03/2020-DGPRES-DGPRES-P_OGGETTO: COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso;
- DPCM 08/03/2020: Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;
- Circolare del Ministero della Salute del 27/02/2020: Precisazioni in ordine all'ordinanza del Ministero della Salute del 21 febbraio 2020 recante "Ulteriori misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19;



- Circolare del Ministero della Salute (UFFICIO 5 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE) del 27/02/2020: COVID-19. Aggiornamento;
- Circolare del Ministero della Salute (UFFICIO 5 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE) del 25/02/2020 - Richiamo in ordine a indicazioni fornite con la circolare del 22 febbraio 2020;
- DPCM del 23/02/2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;
- Decreto-legge 23/02/2020 n.6 del Presidente della Repubblica;
- Circolare del Ministero della Salute (UFFICIO 5 PREVENZIONE DELLE MALATTIE TRASMISSIBILI E PROFILASSI INTERNAZIONALE) del 20/02/2020: indicazioni per la gestione degli atleti che provengono da aree affette;
- Ogni altra ordinanza di intesa tra Ministero della Salute e Presidenti delle Regioni;
- Ordinanze Comunali;
- Ordinanze del Prefetto competente per territorio.

Uno scenario tipico: Media probabilità di diffusione del contagio

In tale scenario, per tutti i casi in cui si ritenga di definire “media” la probabilità di diffusione (in relazione allo stato dei fatti), il Presidente ritiene, al minimo, di adottare le seguenti misure di prevenzione e protezione:

1. Informazione a tutti i soggetti in merito al rischio, mediante diffusione capillare dell’opuscolo di cui al presente documento;
2. Affissione, in uno o più punti visibili della sede di lavoro del “decalogo” estraibile dal presente documento. Tale manifesto dovrà essere sostituito quando dovesse essere emesso un similare ritenuto dalle autorità più aggiornato o più completo;
3. Affissione, nei servizi igienici dell’Organizzazione e nei pressi dei lavamani delle “istruzioni grafiche per il lavaggio delle mani” estraibile dal presente documento;
4. Regolamentazione e stretto controllo sugli accessi esterni (intesi come fornitori e/o appaltatori e/o utenti), per la limitazione al minimo dei contatti tra le persone, come disciplinato nel presente documento;
5. Al verificarsi di “casi” all’interno dei locali, così come definiti dalla circolare del 09 marzo 2020 del Ministero della Salute, dovrà essere attivata la “segnalazione” al numero verde regionale, al numero 1500 o 112;
6. Dotazione di dispenser distributori di igienizzante alcolico per le mani, con cartello indicante la necessità di disinfezione delle mani;
7. Dotazione di disinfettanti per superfici e di igienizzante alcolico per le mani per le postazioni/uffici ove sia presente personale destinato ad accogliere altri soggetti (front-office);
8. Pulizia straordinaria delle superfici presenti nei locali e negli uffici mediante appositi prodotti su base alcolica o cloro;
9. Gestione degli ambienti indoor, favorendo ricambi frequenti dell’aria mediante apertura di porte e finestre e gestione opportuna degli impianti di ventilazione controllata;
10. Utilizzo in via preferenziale delle scale negli spostamenti interni, piuttosto che degli ascensori;
11. Differimenti delle attività, ove possibile e secondo le modalità disciplinate dai successivi capitoli;



12. Accurata valutazione di concessione di modalità di svolgimento dell'attività quali lavoro agile e telelavoro come disciplinato dai successivi capitoli;
13. Regolamentazione dell'accesso a spazi comuni dando disposizioni di rispettare il "criterio di distanza interpersonale" (almeno 180 cm di separazione);
14. Provvedimenti per la gestione degli accessi, ponendo particolare attenzione anche agli aspetti di Safety (gestione delle emergenze) e Security (sicurezza pubblica);
15. Utilizzo in via preferenziale degli strumenti di comunicazione a distanza (conference call, video conference...), come disciplinato dai successivi capitoli. In caso di incontri o riunioni non differibili, garanzia del rispetto del "criterio di distanza interpersonale" (almeno 180 cm di separazione tra i presenti) e utilizzo di locali ampi, sanificati e ben areati;
16. Differimento degli incontri collettivi, privilegiando soluzioni di comunicazione a distanza;
17. Limitazione al minimo degli affollamenti negli uffici al fine assicurare tra le persone e tra le postazioni fisse la distanza minime di sicurezza interpersonale di 180 cm, come disciplinato nei successivi capitoli;
18. Limitazione al minimo, ove possibile, delle attività con esterni al fine assicurare tra le persone la distanza minima di sicurezza di 180 cm;
19. Fornitura al personale presso la sede, interessato da attività più a rischio (es. front-office, vigilanza, addetti primo soccorso e addetti defibrillatore, soggetto sensibile, ecc.), e/o per le quali non sia possibile rispettare la distanza interpersonale di 180 cm, di Dispositivi di Protezione Individuale come stabilito nel capitolo specifico del presente documento;
20. Fornitura, a tutto il personale, di guanti usa e getta e comunque di mascherine chirurgiche come disciplinato nel capitolo specifico del presente documento;
21. Predisposizione di cestini dedicati per la raccolta di fazzoletti usa e getta ed altri similari utilizzati per l'espulsione di liquidi biologici (soffi nasali, saliva ecc.);
22. Individuazione, ove possibile, di un ambiente per la gestione dei "casi".
23. Vigilanza sull'utilizzo dei DPI da parte dei lavoratori di ditte esterne;
24. Vigilanza sull'osservanza, anche da parte dei lavoratori di ditte esterne, di tutte le indicazioni suddette.

Gestione delle segnalazioni di casi dal personale

Quarantena e isolamento sono importanti misure di salute pubblica attuate per evitare l'insorgenza di ulteriori casi secondari dovuti a trasmissione di SARS-CoV-2 e per evitare di sovraccaricare il sistema ospedaliero.

Quarantena e isolamento

La quarantena si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi (rif. Circolare del Ministero della Salute 0032850-12/10/2020-DGPRES-DGPRES-P).

L'isolamento dei casi di documentata infezione da SARS-CoV-2 si riferisce alla separazione delle persone infette dal resto della comunità per la durata del periodo di contagiosità, in ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'infezione (rif. Circolare del Ministero della Salute 0032850-12/10/2020-DGPRES-DGPRES-P).



KNOSSO

Knowledge for a Safe and Secure Organization

KNOSSO

www.knosso.it - info@knosso.it

13

Riproduzione riservata



Positivi e contatti stretti

Per quanto concerne isolamento e quarantena, la Circolare del Ministero della Salute 0032850-12/10/2020-DGPRES-DGPRES-P) prevede le seguenti casistiche:

- **Casi positivi asintomatici** - Le persone asintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulta eseguito un test molecolare con risultato negativo (10 giorni + test).
- **Casi positivi sintomatici** - Le persone sintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo) accompagnato da un test molecolare con riscontro negativo eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi (10 giorni, di cui almeno 3 giorni senza sintomi + test).
- **Casi positivi a lungo termine** - Le persone che, pur non presentando più sintomi, continuano a risultare positive al test molecolare per SARS-CoV-2, in caso di assenza di sintomatologia (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia che possono perdurare per diverso tempo dopo la guarigione) da almeno una settimana, potranno interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi. Questo criterio potrà essere modulato dalle autorità sanitarie d'intesa con esperti clinici e microbiologi/virologi, tenendo conto dello stato immunitario delle persone interessate (nei pazienti immunodepressi il periodo di contagiosità può essere prolungato).
- **Contatti stretti asintomatici** - I contatti stretti di casi con infezione da SARS-CoV-2 confermati e identificati dalle autorità sanitarie, devono osservare:
 - un periodo di quarantena di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso; oppure
 - un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno.

Nella Circolare del Ministero della Salute 0032850-12/10/2020-DGPRES-DGPRES-P viene inoltre raccomandato di:

- eseguire il test molecolare a fine quarantena a tutte le persone che vivono o entrano in contatto regolarmente con soggetti fragili e/o a rischio di complicanze;
- prevedere accessi al test differenziati per i bambini;
- non prevedere quarantena né l'esecuzione di test diagnostici nei contatti stretti dei contatti stretti di caso (ovvero non vi sia stato nessun contatto diretto con il caso confermato), a meno che il contatto stretto del caso non risulti successivamente positivo ad eventuali test diagnostici o nel caso in cui, in base al giudizio delle autorità sanitarie, si renda opportuno uno screening di comunità

promuovere l'uso della App Immuni per supportare le attività di contact tracing.



Procedure di segnalazione dei casi

In base alla tipologia di attività svolte all'interno dei locali, il contagio del personale può verificarsi nei seguenti modi:

- Presenza di soggetti che abbiano contratto il virus all'esterno dei locali dell'Organizzazione, ma senza sintomatologia evidente;
- Accesso di fornitori e appaltatori che abbiano contratto il virus, ma senza sintomatologia evidente;
- Contatto con personale presso le sedi dei clienti, in particolare con soggetti che abbiano contratto il virus, ma senza sintomatologia evidente;
- Sviluppo di sintomatologia da parte di lavoratori, fornitori, appaltatori e utenti, una volta all'interno degli ambienti dell'Organizzazione.

Fermo restando le definizioni di "caso sospetto", "caso probabile", "caso confermato", "stretto contatto", di cui alle Circolari del Ministero della Salute 0007922-09/03/2020-DGPRES-DGPRES-P del 09/03/2020 e 0018584-29/05/2020-DGPRES-DGPRES-P, nella situazione di casi:

1. **Sospetti** (1), resta fermo l'obbligo da parte dei soggetti in questione di avvertire il proprio medico di medicina generale o il numero verde appositamente istituito dalla Regione di appartenenza o le Autorità Sanitarie preposte (**112**) o numero di pubblica utilità attivato dal Ministero della Salute (**1500**), rimanere cautelativamente in ambito domiciliare in attesa di indicazioni e avvertire per iscritto l'Azienda di quanto prescritto dall'Autorità Sanitaria.
2. **Probabili** (2) resta fermo l'obbligo da parte del soggetto in questione di seguire le prescrizioni delle Autorità Sanitarie preposte (**112**) e avvertire per iscritto l'Azienda di quanto prescritto dall'Autorità Sanitaria.

¹ Caso sospetto

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

² Caso probabile



3. **Confermati** (3) resta fermo l'obbligo da parte del soggetto in questione di seguire le prescrizioni delle Autorità Sanitarie preposte (**112**) e avvertire per iscritto l'Azienda di quanto prescritto dall'Autorità Sanitaria.
4. definibili a **contatto stretto (esposizione ad alto rischio)** (4), resta fermo l'obbligo del soggetto in questione di contattare il proprio medico di medicina generale o il numero verde appositamente istituito dalla Regione di appartenenza o le Autorità Sanitarie preposte (**112**) o numero di pubblica utilità attivato dal Ministero della Salute (**1500**), rimanere in ambito domiciliare e avvertire per iscritto l'Azienda di quanto prescritto eventualmente dall'Autorità Sanitaria.
5. definibili "**dubbi**", non ricompresi nelle precedenti definizioni, l'Azienda valuterà se incentivare, sentito il parere del MC, la permanenza in ambito domiciliare. Qualora un lavoratore dovesse riferire un malore, salvo che non sia a rischio la sua salute e sicurezza, questi dovrà abbandonare precauzionalmente il lavoro e recarsi presso il proprio domicilio, evitando l'utilizzo dei mezzi pubblici. Il lavoratore sarà informato circa la necessità di contattare al più presto il proprio medico. Qualora questo non fosse possibile, l'operatore dovrà recarsi all'interno di un locale chiuso, e l'azienda provvederà alla chiamata dei soccorsi. Una volta che il lavoratore avrà abbandonato il locale, questo dovrà essere chiuso e successivamente sanificato. Solamente qualora sia strettamente necessario intervenire immediatamente sul lavoratore, il soccorritore dovrà prima indossare maschera, visiera e guanti, presenti all'interno della cassetta di primo soccorso. Tutti i presidi utilizzati vanno

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.

³ **Caso confermato**

Un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) o da laboratori Regionali di Riferimento che rispondano ai criteri indicati in Allegato 3, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

⁴ **Contatto stretto (esposizione ad alto rischio)**

Un contatto di un caso COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso. Il contatto stretto di un caso possibile 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 (es. stretta di mano);

una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (es. 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 di 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 COVID-19 in assenza di DPI idonei

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

una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

Gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.



poi chiusi in un sacchetto e gettati come rifiuti speciali pericolosi. Durante l'intervento, dovranno essere presenti solo i soccorritori nel numero strettamente necessario all'intervento. Una volta terminato l'intervento, i soccorritori dovranno segnalare il contatto con il possibile soggetto e, salvo che questi risultasse negativo, dovranno abbandonare il posto di lavoro e rimanere in quarantena per il periodo necessario.

di **rientro dai Paesi UE - Extra UE**, fermi restando i divieti e le limitazioni di ingressi in Italia di cui all'art.4 del DPCM 13 ottobre 2020, chiunque abbia fatto ingresso in Italia dopo aver soggiornato in Stati o territori di cui agli elenchi B, C, D, E, F dell'Allegato 20 al DPCM 13 ottobre 2020, dovrà rendere opportuna dichiarazione resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, come previsto all'art. 5 del DPCM citato. Ad ogni modo, chiunque abbia soggiornato o transitato nei quattordici giorni antecedenti al rientro in Italia negli Stati o territori di cui agli elenchi C, D, E, F dell'Allegato 20 al DPCM 13 ottobre 2020, anche se asintomatico, ha l'obbligo di comunicare immediatamente tale circostanza al Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria competente per territorio. In caso di insorgenza dei sintomi da COVID-19, resta fermo l'obbligo per chiunque di segnalare tale situazione con tempestività all'Autorità Sanitaria e di sottoporsi ad isolamento, nelle more delle conseguenti determinazioni. Per chiunque abbia soggiornato o transitato nei quattordici giorni antecedenti al rientro in Italia negli Stati o territori di cui agli elenchi D, E, F dell'Allegato 20 al DPCM 13 ottobre 2020, anche se asintomatico, restano fermi gli obblighi di cui all'art.6 del DPCM citato, in riferimento alla sorveglianza sanitaria, isolamento fiduciario, test molecolare o antigenico.

Moduli per il contact-tracing

È utile alle organizzazioni dotarsi di moduli per il tracciamento dei casi. Sono disponibili su richiesta esempi di comunicazione con un soggetto risultato positivo oppure contatto stretto di un caso positivo (www.knosso.it)

Protezioni e DPI (Dispositivi di Protezione Individuale)

Caratteristiche delle protezioni delle vie respiratorie

Caratteristiche dei Facciali Filtranti FFP3/FFP2 (UNI EN 149: 2009)

L'utilizzo di veri e propri Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) delle vie respiratorie (FFP - secondo le norme) è da valutarsi in casi specifici, con particolare riferimento a tutti gli operatori che possano entrare in diretto contatto con persone con sintomi respiratori, oppure con soggetti con diagnosi sospetta o acclarata di COVID-19, oltre che con soggetti posti in regime di quarantena.

Le maschere protettive per particolato sono considerate dispositivi di protezione individuale per le vie respiratorie tipicamente utilizzati negli ambienti di lavoro o per utilizzi professionali. La classificazione europea di tipo 1 (FFP1), 2 (FFP2) e 3 (FFP3) definisce il livello di protezione dell'operatore ad aerosol e goccioline con un grado di efficienza filtrante (penetrazione del materiale filtrante) rispettivamente del 80%, 94% e 99% e una tenuta totale minima verso l'interno del 78%, 92% e 98%. I facciali filtranti sono ulteriormente classificati come: "utilizzabili solo per un singolo turno di lavoro" (indicati con la sigla NR) o "riutilizzabili" per più di un turno di lavoro (indicati con



lettera R); inoltre potremo trovare la lettera D di “test con dolomite”, ovvero di saturazione in ambiente polveroso, con presenza di inquinanti quali appunto la dolomia, la polvere di gesso.

I dispositivi conformi alla legislazione vigente (Regolamento (UE) 425/2016) devono essere dotati di marcatura CE apposta in maniera leggibile, indelebile per tutto il periodo di durata del DPI. I DPI devono essere conformi quindi a specifiche norme tecniche (UNI EN 149: 2009) perché siano conformi al fattore di protezione ricercato. Le istruzioni di uso e manutenzione provenienti dal fabbricante devono contenere tutte le informazioni necessarie per persone addestrate e qualificate su: data di scadenza; applicazione/limitazioni; il significato di qualsiasi codifica a colori; controlli prima dell'uso; indossamento, adattamento; uso; manutenzione (per esempio pulizia, disinfezione) se applicabile; immagazzinamento; il significato di qualsiasi simbolo/pittogramma utilizzato dell'apparecchiatura.

Caratteristiche delle mascherine chirurgiche (Regolamento Dispositivi Medici (UE) 2017/745; EN 14683:2019)

Indossare una mascherina medico-chirurgica è una delle principali misure di prevenzione per limitare la diffusione di alcune malattie respiratorie. Per quanto riguarda l'emergenza COVID-19, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) raccomanda di indossare una mascherina medico-chirurgica soprattutto quando si sospetta di aver contratto un'infezione da SARS-CoV-2 e/o quando si presentano sintomi quali tosse o starnuti, o quando è necessario entrare in contatto con una persona con sospetta infezione da SARS-CoV-2. L'utilizzo di tali presidi è comunque consigliabile come misura di prevenzione generale nel contesto emergenziale del momento.

Le mascherine medico-chirurgiche sono maschere facciali lisce o pieghettate (alcune hanno la forma di una coppetta) monouso, che vengono posizionate su naso e bocca e fissate alla testa con lacci o elastici. Queste costituiscono un'utile barriera di protezione nella diffusione di agenti patogeni trasmissibili per via aerea (aerosol e goccioline). È ovviamente raccomandato l'utilizzo di mascherine di cui sia comprovata l'efficacia di filtrazione.

In relazione all'efficienza di filtrazione e resistenza respiratoria possono essere di 4 tipi: I, IR, II e IIR. Quelle di tipo II (tre strati) e IIR (quattro strati) offrono una maggiore efficienza di filtrazione batterica, rispettivamente $\geq 95\%$ e $\geq 98\%$. La IIR è resistente anche agli spruzzi ed è da preferire per il caso in oggetto. In caso di difficoltà di approvvigionamento, come raccomandazione generale è consigliato l'utilizzo di mascherine costituite da tre strati di tessuto di cui di almeno due strati di tessuto non tessuto (rif. AIDII - Indicazioni per la tutela della salute dei lavoratori nel contesto dell'emergenza covid-19_rev.02, del 09-04-2020).

Resta comunque fondamentale l'uso della mascherina medico-chirurgica in aggiunta alle altre misure di igiene respiratoria e delle mani, e di tutte le altre misure precauzionali da tenere in luoghi pubblici e in ambiente domestico disposte nel contesto dell'emergenza da COVID-19.

La mascherina medico-chirurgica va indossata, rimossa e smaltita correttamente, seguendo adeguate procedure dal WHO.



Resta comunque fondamentale la sostituzione della maschera medico-chirurgica con una nuova maschera pulita al termine dell'attività che può aver comportato esposizione a SARS-CoV-2, o non appena quella in uso si inumidisce, venga danneggiata o risulti palesemente sporca.

Problemi di approvvigionamento e razionalizzazione dell'uso

Le mascherine medico-sanitarie e i DPI per le vie respiratorie dovrebbero essere contrassegnate da marchio CE ed essere conformi a specifiche norme tecniche riguardanti la loro fabbricazione, progettazione e prestazione e i metodi di prova.

Tuttavia, per quanto definito dall'art. 34, comma 3, del DL n. 9/2020, "in relazione all'emergenza di cui al presente decreto, in coerenza con le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e in conformità alle attuali evidenze scientifiche, è consentito fare ricorso alle mascherine chirurgiche, quale dispositivo idoneo a proteggere gli operatori sanitari; sono utilizzabili anche mascherine prive del marchio CE previa valutazione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità".

Con il Decreto-Legge 17 marzo 2020 n. 18, all'art. 15 è inoltre prevista la validazione straordinaria ed in deroga di mascherine e DPI; in particolare l'art. 15 di tale decreto-legge detta disposizioni straordinarie per la gestione dell'emergenza Covid-19 e attribuisce all'ISS e all'INAIL la funzione di validazione straordinaria ed in deroga di mascherine, il primo Istituto, e dei DPI, il secondo.

Sul mercato, inoltre, possono essere individuati anche altri DPI paragonabili ad un indice INTERMEDIO tra FFP2 ed FFP3, ossia commercializzati secondo lo Standard Asiatico KN95 e USA ("Classe NIOSH") N95; lo standard KN95 asiatico, di fatto, può ritenersi identico allo standard N95 americano.

È possibile valutare alcune misure per una razionalizzazione dell'uso. Tra queste misure, possono essere contemplati, ad esempio:

1. l'uso di DPI per le vie respiratorie oltre la durata di conservazione designata dal produttore, per la formazione e l'addestramento del personale;
2. l'uso prolungato dei DPI per le vie respiratorie, per ripetuti incontri/interventi/situazioni che possano comportare l'esposizione con il patogeno, senza rimuovere il respiratore tra un evento e l'altro;
3. il "riutilizzo limitato" dei DPI per più incontri/interventi/situazioni che possano comportare l'esposizione non conclamata con il patogeno, ma rimuovendolo dopo ogni evento. Il DPI respiratorio deve essere opportunamente conservato per essere indossato di nuovo prima dell'incontro successivo.

Dal punto di vista degli aspetti negativi: la misura n.1 comporterebbe una possibile perdita dei requisiti di certificazione, qualora il DPI venisse utilizzato oltre la naturale scadenza; la misura n.2, seppur garantisca un minor rischio da contatto e una minor usura del dispositivo, comporterebbe un elevato disagio per l'utilizzo prolungato; la misura n.3, comporterebbe un maggior rischio da contatto e una maggior usura del dispositivo, ma un minor disagio.



Requisito fondamentale per l'uso estensivo è che il dispositivo mantenga inalterate le sue caratteristiche e la sua funzionalità. È necessario, in tale fattispecie, informare e formare adeguatamente il personale sulle corrette modalità di rimozione e riutilizzo del dispositivo ed in particolare rispetto ai seguenti:

- smaltire il dispositivo dopo l'uso per operazioni che comportano la generazione di aerosol;
- smaltire il dispositivo se è visibilmente contaminato con sangue, secrezioni nasali o respiratorie;
- smaltire il dispositivo se usato con soggetti con diagnosi accertata di patologie che comportino il rischio di trasmissione da contatto;
- sanificare con soluzioni alcoliche o acqua e sapone le proprie mani prima e dopo aver toccato o aggiustato la posizione del dispositivo (per migliorare il comfort o per mantenerlo in posa ad esempio);
- smaltire il dispositivo che mostra evidenti danni o che non consente la corretta respirazione dell'operatore.

Qualora sia previsto il riutilizzo limitato del dispositivo, occorre informare e formare adeguatamente il personale sulle corrette indicazioni di buona pratica da seguire, quali:

- togliere il dispositivo in un luogo dedicato, evitando di toccare la parte filtrante (sfilare la maschera da dietro la nuca, toccando i lacci o gli elastici);
- eseguire la procedura di igiene delle mani prima e dopo aver rimosso il dispositivo;
- tenere il dispositivo dentro un sacchetto traspirante pulito come per esempio un sacchetto di carta avendo cura di non danneggiarlo o deformarlo;
- identificare e marcare chiaramente il proprio dispositivo e il contenitore in cui questo viene riposto: evitare l'uso accidentale dello stesso dispositivo da parte di più operatori;
- utilizzare guanti puliti quando si re-indossano il dispositivo o quando si rendesse necessario toccarli per ispezioni.
- smaltire i guanti usati per indossare il dispositivo o per effettuare la verifica di tenuta;
- effettuare la verifica di tenuta ad ogni nuovo utilizzo.

Sebbene i DPI con la dizione "Monouso" ('FOR SINGLE USE') o NR apposta dal costruttore e le mascherine medico-chirurgiche, **NON POSSANO ESSERE RIUTILIZZATE**, oltreché la disinfezione/decontaminazione non siano raccomandate, è necessario però segnalare che in condizioni di crisi potrebbe essere necessario prendere in considerazione anche queste opzioni.

Al momento non ci sono metodi certi e di riconosciuta efficacia studiati in modo adeguato per disinfettare o sterilizzare in sicurezza tutti i DPI monouso con filtro facciale. Uno dei principali problemi della disinfezione è la possibile degradazione dei materiali che costituiscono i DPI. I metodi di disinfezione possono comportare alterazioni del DPI che possono influire sul livello di protezione. Queste modifiche possono riguardare le prestazioni (ad es. efficienza di filtrazione) o l'adattabilità (ad es. degradazione di lacci, materiale dello stringinaso accessori per cinturini) o una combinazione di questi (ad esempio componenti metalliche che riscaldandosi danneggiano il materiale filtrante attorno ad esse).

Sulla base delle limitate evidenze disponibili (rif. AIDII - Indicazioni per la tutela della salute dei soggetti nel contesto dell'emergenza covid-19_rev.02, del 09-04-2020), le tecniche di disinfezione più promettenti sarebbero quelle basate sull'uso di irradiazione con raggi ultravioletti, vapori di



perossido di idrogeno e sull'uso di calore umido. Al contrario, l'uso di alcol etilico, sapone, ossido di etilene o candeggina non è raccomandato. In ogni caso, nessun metodo è perfetto ed esente da possibili inconvenienti (danni alla struttura della maschera o al filtro, efficienza inadeguata, etc.) l'esito e la resa della decontaminazione variano inoltre in base al modello di maschera o DPI considerato.

Scelta e fornitura delle protezioni delle vie respiratorie e delle mani

L'organizzazione emette periodicamente ordini per una varietà di protezione delle vie respiratorie, guanti, detergenti e altre tipologie. Gli ordini sono gestiti settimanalmente e rinnovati in caso di esaurimento delle scorte.

Nel caso di irreperibilità delle protezioni per le vie respiratorie marcate CE, si incoraggiano canali alternativi di approvvigionamento e tutte le possibilità di acquisto autonomo o di approvvigionamento o di ricerca di opzioni aggiuntive.

Per quanto concerne la scelta delle protezioni per le vie respiratorie, Knosso si orienta su prodotti certificati CE, UNI EN 149:2009 senza valvola (per le FFP3 e FFP2), EN 14683:2019 categoria IIR, o II, o IR, o I (per le mascherine chirurgiche), ISS o INAIL (per prodotti commercializzati ai sensi del Decreto-Legge 17 marzo 2020 n. 18, art. 15).

Per il contatto sistematico con superfici (es. device o apparecchiature utilizzate da più persone), sono messi a disposizione per la protezione delle mani:

1. Guanti in lattice;
2. Guanti in nitrile.

Razionalizzazione delle protezioni delle vie respiratorie

L'organizzazione opta in via preferenziale per:

- l'uso prolungato della protezione per le vie respiratorie, senza rimuoverla tra un evento e l'altro, qualora la risorsa debba nell'arco della giornata effettuare ripetuti incontri/interventi o si trovi costantemente in situazioni che possano comportare un rischio espositivo;
- il "riutilizzo limitato" della protezione per le vie respiratorie, rimuovendola dopo ogni evento, qualora la risorsa non debba nell'arco della giornata effettuare ripetuti incontri/interventi o non si trovi costantemente in situazioni che possano comportare un rischio espositivo; in tale modalità la protezione deve essere opportunamente conservata per essere indossata di nuovo prima dell'incontro successivo.

Nell'utilizzo "limitato" può rientrare ed esempio l'attività al videoterminale, effettuata seduti alla scrivania, comunque con rispetto della distanza di sicurezza da altre persone o postazioni, mantenendo la bocca chiusa, o moderando il tono di voce nelle conversazioni con i colleghi in sede e al telefono.



Esempi di attività che possono prevedere una razionalizzazione nell'utilizzo della protezione delle vie respiratorie:

- attività al videoterminale o similare effettuata da soli nella stanza;
- attività al videoterminale o similare, effettuata seduti alla scrivania con rispetto della distanza di sicurezza di almeno 180 cm da altre persone o postazioni, sempre che l'ambiente sia molto ampio, ben areato e non affollato;
- attività di movimentazione e sistemazione materiale cartaceo in archivio, effettuata da soli o a distanza di sicurezza superiore a 180 cm da altra persona;
- una conversazione al chiuso con un collega, con tono di voce basso-moderato e a distanza di sicurezza superiore a 180 cm, sempre che l'ambiente sia ampio, ben areato e non affollato;
- una conversazione all'aperto con un collega, ma con tono di voce basso-moderato e a distanza di sicurezza superiore a 180 cm;
- l'attività di autista, mentre si è alla guida da soli;
- pausa lavorativa in area break, se si è da soli o a distanza di sicurezza superiore a 180 cm da altra persona, sempre che l'ambiente sia ampio, ben areato e non affollato.

Utilizzo delle protezioni per le vie respiratorie

In linea con quanto previsto dall'art.3, comma 2, del DPCM 26-04-2020, l'uso della mascherina chirurgica è prevista in tutte le aree "confinata aperte al pubblico". Di seguito si riporta uno stralcio dell'articolo del DPCM: co 2. Ai fini del contenimento della diffusione del virus COVID-19 limitatamente alla durata dell'emergenza sanitaria, gli individui presenti sull'intero territorio nazionale devono usare protezioni delle vie respiratorie nei luoghi confinati aperti al pubblico inclusi i mezzi di trasporto e comunque in tutte le occasioni in cui non sia possibile garantire continuamente il mantenimento del distanziamento fisico. Non sono soggetti all'obbligo i bambini al di sotto dei sei anni, nonché i soggetti con forme di disabilità non compatibili con l'uso continuativo della mascherina ovvero i soggetti che interagiscono con i predetti.

Possono essere ritenute assimilabili alle aree "confinata aperte al pubblico" anche quelle poco areate e/o affollate non aperte al pubblico, gli spazi comuni se affollati, aree reception, aree break, ascensori, e tutte aree in cui sono presenti situazioni a maggior rischio espositivo.

Pertanto, non si dovrà accedere all'interno delle sedi dell'organizzazione senza avere con sé la protezione delle vie respiratorie e dovrà essere indossata nelle circostanze sopra esposte da chiunque fruisca dei locali.

Il personale deve essere informato della presenza sul sito dell'INAIL, al link di seguito riportato, di un prodotto informativo, in versione singola o in versione integrale, sulle caratteristiche di diffusione del coronavirus e sui potenziali rischi di contagio; viene spiegato nel dettaglio la funzione preventiva dei dispositivi di protezione individuale (DPI) e Dispositivi medici (DM) monouso, come le maschere filtranti e i guanti monouso, e il loro corretto utilizzo: come si indossano e come si rimuovono:

<https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/news-ed-eventi/news/news-emergenza-coronavirus-tutorial-maschere-facciali.html>



Ecco come fare per indossare o rimuovere la mascherina chirurgica:

- Prima di indossare la mascherina chirurgica, lavati le mani con acqua e sapone o con una soluzione alcolica.
- Estrai la mascherina dalla sua confezione o custodia.
- Copri bocca e naso con la mascherina assicurandoti che sia integra e che aderisca bene al volto.
- Durante l'uso, evita di toccare direttamente la maschera: maneggiala utilizzando i lacci e comunque sempre avendo effettuato correttamente la procedura di igiene delle mani e/o con guanti puliti.
- Legala saldamente per ridurre al minimo la distanza viso-maschera se ha due lacci, oppure inserisci gli elastici alle orecchie.
- Modella lo stringinaso per conformarlo alla forma del naso premendo le dita su entrambi i lati dello stesso.
- Quando diventa umida, sostituiscila con una nuova e non riutilizzarla (in quanto maschere mono-uso).
- Togli la mascherina prendendola dall'elastico o dai lacci e non toccare la parte anteriore.
- Gettala immediatamente in un sacchetto chiuso e lavati le mani.
- Scartare le mascherine medico-chirurgiche dopo ogni utilizzo; si sconsiglia il riutilizzo.

Ecco come fare per indossare o rimuovere un DPI per le vie respiratorie:

- Prima di indossare la mascherina FFP2/P3, lavati le mani con acqua e sapone o con una soluzione alcolica.
- Estrai il DPI dalla sua confezione o custodia.
- Posiziona la conchiglia del DPI sotto il mento con lo stringinaso posizionato verso l'alto; se l'utilizzatore porta la barba, questo potrebbe impedire la perfetta tenuta del DPI e peggiorare il livello di protezione.
- Copri bocca e naso con la conchiglia assicurandoti che sia integra e che aderisca bene al volto.
- Tira l'elastico superiore e posizionarlo sulla nuca.
- Tira l'elastico inferiore e posizionalo intorno al collo, sotto le orecchie.
- Modella lo stringinaso per conformarlo alla forma del naso premendo le dita su entrambi i lati dello stesso.
- Verifica di aver indossato correttamente il DPI mediante prova di tenuta;
- Per maschere con valvola: metti il palmo delle mani (mani pulite e/o guanti puliti) sopra i filtri, inalare e trattenere il respiro per 5/10 secondi; se il facciale si ripiega leggermente verso l'interno, significa che il respiratore è posizionato correttamente. In caso contrario, rimodellare lo stringinaso o riaggiustare gli elastici ai lati della testa fino a ottenere una perfetta tenuta).
- Per maschere senza valvola: copri la parte frontale del respiratore con entrambe le mani facendo attenzione a non spostarlo e a non modificare la tenuta; espira con decisione; se si percepiscono perdite d'aria intorno al naso, rimodellare lo stringinaso fino ad eliminarle e ripetere la prova di tenuta; se si percepiscono perdite d'aria lungo il bordo di tenuta, riaggiustare gli elastici ai lati della testa fino ad eliminarle. Ripetere la prova di tenuta.
- Durante l'uso, evita di toccare direttamente il DPI: maneggiala utilizzando i lacci e comunque sempre avendo effettuato correttamente la procedura di igiene delle mani e/o con guanti puliti.
- Quando diventa umida la conchiglia, sostituisci il DPI con uno nuovo e non riutilizzarlo (in quanto maschere mono-uso).



- Rimuovi il DPI evitando di toccare la parte anteriore, ma rimuovendo il laccio o l'elastico dalla nuca.
- Getta il DPI immediatamente in un sacchetto chiuso e lavati le mani.
- Scartare le maschere monouso dopo ogni utilizzo. Si consiglia il riutilizzo di maschere solo con dicitura "R".

Altre tipologie di DPI

Qualora necessario, per specifiche attività occorrerà l'approvvigionamento anche di altri DPI quali:

- Occhiali protettivi UNI EN166, cat.3 (goccioline, spruzzi liquidi);
- Occhiali a mascherina UNI EN166, cat.3 (goccioline, spruzzi liquidi);
- Visiera UNI EN166, cat.3 (goccioline, spruzzi liquidi);
- Camice monouso.

Conclusioni

Per quanto riguarda l'emergenza sanitaria causata dal Covid-19, le azioni di mitigazione dei rischi legati alla diffusione del virus, non possono che derivare da una seria e coerente (da parte di tutti gli attori in gioco) analisi dei dati a nostra disposizione.

Decisivo sarà il piano di approvvigionamento, immagazzinamento, conservazione e distribuzione capillare dei vaccini su tutto il territorio nazionale e secondo le priorità prestabilite. Una prova decisiva e non può assolutamente fallire.

Ancor di più ora che il virus sta mutando e, al momento, sono emerse già delle varianti dello stesso, le più conosciute e pericolose sono quella inglese, brasiliana e sudafricana e nelle ultime ore, evidenziata proprio in Italia a Varese, quella thailandese.

La soluzione però dei vaccini, che tutti noi auspichiamo in tempi brevi, non deve lasciare spazio all'oblio dello scegliere la sicurezza come bene primario per le persone e per le organizzazioni stesse.

Questa pandemia ha evidenziato che, sempre più frequentemente, le soluzioni si troveranno quantitativamente nei numeri e nelle scelte interpretative che faremo di essi.

Forse è tempo di fermarsi un attimo e riflettere davvero. Serve un salto di qualità che deve saper superare la mera convenienza del momento e avere una visione di futuro, innanzitutto per la prossima generazione.

Allargando lo spazio di intervento relativo al tema della **sicurezza** in tutti i suoi aspetti, l'obiettivo da raggiungere è quello di essere semplicemente molto seri, recuperare valori, lavorare con etica e operare con molta attenzione affinché anche, la salute pubblica, bene imprescindibile, sia sempre protetto. Vi sono tutti gli strumenti per farlo, da quelli convenzionali e conosciuti a quelli normativi e legali, per contrastare la confusione, la sfiancante burocrazia, la tentazione dell'illegalità che sempre si celano nelle emergenze,



ma è necessario appunto non essere superficiali nelle analisi, nelle valutazioni e nelle conclusioni.

Approfondire ambienti, interconnessioni, controllare i flussi di denaro pubblico iniettato in questa fase e i fondi che arriveranno dal Next Generation EU, insomma evitare che su questi temi, delicatissimi, serissimi e vitali per la salvaguardia e la protezione della nostra comunità repubblicana possano annidarsi da parte di pochi, ma molto nocivi, disonestà, faciloneria e sciatteria che mettono a sicuro rischio gli asset del vivere comune e il futuro stesso del sistema Italia e dunque del bene collettivo.

Insomma, da parte di tutti gli attori della vita civile, politica, sociale, economica e produttiva, è vitale e non più procrastinabile far propria una vera cultura della **sicurezza**, intesa non solo come semplice protezione fisica, logistica e delle risorse tangibili e intangibili, ma come volano e, di conseguenza, consolidamento di un vero sviluppo economico. Vi è solo una strada da percorrere. Poca demagogia e qualunquismo, a favore di serietà, studio, dedizione, competenza e capacità al fine di ***essere resilienti ai rischi di oggi e prevenire quelli futuri.***