

CHECK LIST PER GESTIONE RISCHIO EMERGENZA COVID STRUTTURE RESIDENZIALI

1: Anagrafica aziendale

DENOMINAZIONE:		
	E-mail	Telefono
Indirizzo:		
PRESIDENTE:		
DIRETTORE SANITARIO:		
REFERENTE COVID:		
RSPP:		
MEDICO COMPETENTE		
RLS:		

2: Organizzazione aziendale:

Posti letto autorizzati: _____	Posti letto convenzionati: _____
Ospiti presenti n.: _____	Presenza media ultimi 3 mesi n.: _____

PIANTA ORGANICA	N. Operatori
Responsabile Sanitario	
Infermiere Coordinatore	
Infermiere	
Assistente di base/Operatore Socio-Sanitario	
Assistente Sociale	
Terapista della Riabilitazione	
Animatore/educatore	
Responsabile Amministrativo	
Altro personale amm.vo di supporto	
Assistente religioso	
Altro (specificare)	

IMPRESE APPALTATRICI (PERSONALE FORNITO)	N. Operatori
Infermiere	
Assistente di base/Operatore Socio-Sanitario	
Assistente Sociale	
Terapista della Riabilitazione	
Animatore/educatore	
Personale amm.vo di supporto	
Addetti alle pulizie	
Altro (specificare)	

La valutazione del rischio

E' stato aggiornato il documento di valutazione dei rischi (DVR) in relazione al rischio da nuovo coronavirus (SARS-Cov-2)?	SI	NO
Il RSPP è stato coinvolto nella gestione del rischio da SARS-Cov-2? Se sì per quali aspetti? _____	SI	NO
Il Medico Competente è stato coinvolto nella gestione del rischio da SARS-Cov-2? Se sì per quali aspetti? _____	SI	NO
Il RLS è stato coinvolto nella gestione del rischio da SARS-Cov-2? Se sì per quali aspetti? _____	SI	NO

Le misure preventive

Sono state redatte procedure specifiche per il contenimento del SARS-Cov-2?	SI	NO
E' stata fatta formazione specifica/aggiornamento sui rischi specifici da SARS-Cov-2 e sulle procedure da applicare? Se sì per quali aspetti? _____ Se sì, chi se ne è occupato? (soggetti interni, medico competente, consulenti) _____	SI	NO
Il Medico Competente ha modificato il protocollo di sorveglianza sanitaria*? <small>*(ai sensi del D.Lvo 81/08, Accordo lavoratori-imprese del 14/3/20, DPCM 22/3/2020)</small> Se sì per quali aspetti? _____	SI	NO
Sono stati forniti DPI idonei in relazione alle attività svolte?	SI	NO
E' stata fatta sensibilizzazione sulle misure comportamentali corrette (distanziamento sociale, igiene delle mani, igiene respiratoria, utilizzo mascherine, evitare comportamenti a rischio, es. condivisione di oggetti..)	SI	NO

PROCEDURE SPECIFICHE
REGOLAMENTAZIONE ACCESSI:

E' prevista una procedura specifica per l'accoglienza di persone dall'esterno?	SI	NO
E' stato disposto il divieto di accesso da parte di familiari e conoscenti (ai sensi del DPCM 9/3/20)?	SI	NO
Se sì, sono previste deroghe? Se sì, quali? _____	SI	NO
Agli accompagnatori, personale ambulanza, fornitori, ecc., viene misurata la temperatura corporea?	SI	NO
Agli accompagnatori, personale ambulanza, fornitori, ecc., vengono poste domande su eventuali sintomi (tosse secca, mialgie, mal di testa, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, anosmia, ageusia) e/o febbre?	SI	NO
In presenza di sintomi è previsto il divieto di accesso?	SI	NO
Il personale di accoglienza indossa i dispositivi di prevenzione previsti?	SI	NO
Sono previste procedure specifiche per l'accesso degli operatori?	SI	NO
Gli operatori sono informati sulla necessità di verificare e comunicare la presenza di eventuali sintomi (tosse secca, mialgie, mal di testa, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, anosmia, ageusia) e/o febbre?	SI	NO
Sono previste procedure specifiche per l'accesso dei fornitori?	SI	NO
I fornitori sono informati sulla necessità di verificare e comunicare la presenza di eventuali sintomi (tosse secca, mialgie, mal di testa, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, anosmia, ageusia) e/o febbre?	SI	NO
I fornitori utilizzano i dispositivi di protezione previsti?	SI	NO
I percorsi sporco/pulito sono separati?	SI	NO
Gli operatori addetti indossano i dispositivi previsti?	SI	NO

ACCOGLIENZA DI UN NUOVO OSPITE:

E' prevista una procedura specifica per l'accoglienza di un nuovo ospite?	SI	NO
E' prevista l'esecuzione di tamponi nasali/faringei prima dell'accesso?	SI	NO
E' prevista una valutazione per verificare la presenza di eventuali sintomi (tosse secca, mialgie, mal di testa, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, anosmia, ageusia) e/o febbre?	SI	NO
E' prevista la presenza di una camera singola ("camera grigia") dove accogliere il nuovo ospite?	SI	NO

GESTIONE DEL PAZIENTE CON INFEZIONE SOSPETTA O NOTA DA SARS-Cov-2:

E' prevista una procedura specifica per il monitoraggio periodico dei sintomi (tosse secca, mialgie, mal di testa, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, anosmia, ageusia) e/o febbre degli ospiti?	SI	NO
E' prevista una procedura di isolamento degli ospiti con sintomatologia sospetta?	SI	NO
E' prevista una procedura in caso di impossibilit� di isolare il paziente con infezione sospetta/nota?	SI	NO
E' prevista una procedura di comunicazione agli operatori sugli ospiti con sintomatologia sospetta?	SI	NO
E' prevista una procedura di segnalazione/attivazione del Servizio ISP per l'effettuazione del tampone orofaringeo?	SI	NO
E' disponibile una zona filtro per la vestizione prima di entrare in camera? Se no, quali misure organizzative sono state adottate? _____	SI	NO
E' prevista una procedura specifica per la gestione del paziente con infezione sospetta/nota?	SI	NO
Sono disponibili dispositivi di protezione per il paziente con tosse/secrezioni respiratorie?	SI	NO
Sono previste procedure di gestione per bicchieri e stoviglie in relazione ai possibili rischi per la salute e sicurezza degli operatori?	SI	NO
Sono previste procedure di gestione per rifiuti e biancheria in relazione ai possibili rischi per la salute e sicurezza degli operatori?	SI	NO
E' disponibile una zona filtro per la svestizione prima di entrare in camera? Se no, quali misure organizzative sono state adottate? _____	SI	NO
E' prevista una procedura in caso di decesso?	SI	NO
Al personale dell'impresa funebre vengono poste domande su eventuali sintomi (tosse secca, mialgie, mal di testa, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, anosmia, ageusia) e/o febbre?	SI	NO
Il personale dell'impresa funebre utilizza i DPI necessari (guanti, mascherina chirurgica, occhiali di protezione /visiera, camice monouso)?	SI	NO

IGIENE DELLE MANI

E' fornita agli operatori la soluzione per la disinfezione delle mani?	SI	NO
E' stata adeguatamente valutata l'esigenza di posizionamento degli erogatori?	SI	NO

GESTIONE DEI DPI

E' stata valutata la necessità di DPI per l'assistenza a pazienti senza specifici sintomi compatibili con rischio da SARS-Cov-2 (condizioni ORDINARIE di lavoro)? Se sì, quali? _____	SI	NO
E' stata valutata la necessità di DPI per l'assistenza a pazienti CON INFEZIONE NOTA O SOSPETTA da SARS-Cov-2? Se sì, quali? _____	SI	NO
E' stata valutata la necessità di DPI per il personale non direttamente a contatto con gli ospiti della residenza (es. personale amministrativo, receptionist)? Se sì, quali? _____	SI	NO
E' prevista una procedura per garantire la distanza di almeno 1 m? Se sì, sono comunque forniti DPI? Quali? _____	SI	NO
I DPI forniti sono in numero sufficiente per le attività richieste?	SI	NO
Dopo l'uso i DPI vengono smaltiti secondo le disposizioni vigenti?	SI	NO
E' prevista una procedura di verifica del corretto uso dei DPI previsti?	SI	NO

PROCEDURE DI PULIZIA, SANIFICAZIONE E DISINFEZIONE

E' stato previsto un aggiornamento della procedura specifica di pulizia e sanificazione degli ambienti (es. camere, spazi comuni, mensa, corridoi, spogliatoi) ?	SI	NO
E' prevista una procedura di disinfezione dei dispositivi di cura o attrezzature riutilizzabili (es. termometri, stetoscopi tra un paziente e l'altro)?	SI	NO

MONITORAGGIO

E' stato previsto un piano di monitoraggio dell'applicazione procedure previste?	SI	NO
E' prevista la redazione di un registro degli interventi attuati?	SI	NO
E' stato prevista una modalità di segnalazione delle criticità emerse?	SI	NO