



OSHA DIRECTION

DIPARTIMENTO DEL LAVORO DEGLI STATI UNITI

Amministrazione per la sicurezza e la salute sul lavoro

NUMERO DI DIRETTIVA: DIR 2021-02 (CPL 02)**DATA DI ENTRATA IN VIGORE:** 28 giugno 2021**SOGGETTO:** Procedure di ispezione per lo standard temporaneo di emergenza COVID-19

ASTRATTO

Scopo: La presente Direttiva stabilisce le procedure di ispezione e le politiche di applicazione per lo standard temporaneo di emergenza COVID-19, 29 CFR § 1910.502 e 29 CFR § 1910.504.

Ambito: La presente direttiva si applica a tutta l'OSHA.

Riferimenti: [Ordine esecutivo presidenziale sulla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori](#), 21 gennaio 2021.

Registro federale, 86 FR 32376, 29 CFR § 1910, *Norma temporanea di emergenza per COVID-19*, Regola finale, 21 giugno 2021.

Istruzioni OSHA, [CPL 02-00-164](#), *Manuale delle operazioni sul campo (FOM)*, 14 aprile 2020.

Istruzioni OSHA, [CPL 02-00-158](#), *Procedure di ispezione per lo standard di protezione respiratoria*, 26 giugno 2014.

Direzione OSHA, [DIR 2021-01 \(CPL-03\)](#), *Programma di enfasi nazionale - Malattia da coronavirus 2019 (COVID-19)*, 12 marzo 2021 (o direttiva successiva).

(Vedere la Sezione III per ulteriori riferimenti.)

Cancellazioni: Nessuno.

Impatto sullo Stato: È richiesta la notifica dell'intenzione. Gli Stati sono tenuti a disporre di politiche e procedure di applicazione accessibili, efficaci almeno quanto quelle contenute nella presente Direttiva.

Uffici di azione: Uffici nazionali, regionali e di zona dell'OSHA e programmi di consulenza in loco.

Ufficio di origine: Direzione dei programmi di applicazione

Contatto: Ufficio per l'applicazione della legge sulla salute
Direzione dei programmi di applicazione 200
Constitution Ave., NW, Stanza N-3119 Washington,
DC 20210
(202) 693-2190

Con e sotto l'autorità di

Giacomo S. Federico
Segretario aggiunto facente funzioni

Sintesi

In risposta al [Ordine esecutivo presidenziale sulla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, 21 gennaio 2021](#) L'Amministrazione per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro (OSHA) ha valutato e stabilito che potrebbero essere adottate misure aggiuntive per prevenire l'esposizione professionale al SARS-CoV-2 e la diffusione della malattia risultante, il COVID-19, che provoca malattie e decessi. L'OSHA ha esaminato, tra le altre cose, la cronologia delle ispezioni e delle violazioni relative al COVID-19, i reclami dei lavoratori e le lettere di allerta per i rischi (HAL) emesse, nonché le petizioni delle parti interessate che richiedevano all'OSHA di emettere un ETS, e ha stabilito che i requisiti specifici volti a controllare i rischi legati al COVID-19 nel settore sanitario, *cioè*, oltre alla clausola generale sui doveri, migliorerebbe la tutela dei lavoratori.

Pertanto, l'OSHA ha emanato uno standard temporaneo di emergenza (ETS) per proteggere gli operatori sanitari dall'esposizione professionale al COVID-19. L'ETS è stato pubblicato sul Federal Register il 21 giugno 2021 ed è entrato in vigore lo stesso giorno. L'ETS è composto da diverse sezioni: assistenza sanitaria (29 CFR § 1910.502), mini programma di protezione respiratoria (29 CFR § 1910.504), separabilità (29 CFR § 1910.505) e incorporazione per riferimento (29 CFR § 1910.509).

Durante il periodo di validità dell'ETS, i datori di lavoro del settore sanitario interessati devono sviluppare e attuare un piano COVID-19 per identificare e controllare i rischi legati al COVID-19 sul posto di lavoro. Nell'ambito del loro piano COVID-19, questi datori di lavoro devono affrontare e attuare vari requisiti per ridurre la trasmissione del COVID-19 nei loro luoghi di lavoro, tra cui requisiti di screening e gestione dei pazienti e del personale non dipendente, precauzioni standard e basate sulla trasmissione, controlli per le procedure che generano aerosol, distanziamento fisico, barriere fisiche, dispositivi di protezione individuale (DPI), pulizia e disinfezione, ventilazione, screening sanitario dei dipendenti e gestione medica, vaccinazione, formazione, misure anti-ritorsione, tenuta dei registri e reporting.

Questa nuova direttiva stabilisce le procedure di ispezione e applicazione sul campo dell'OSHA, concepite per garantire uniformità nell'applicazione dell'ETS in caso di esposizione sul posto di lavoro al SARS-CoV-2, il virus che causa la malattia COVID-19.

Cambiamenti significativi

Non applicabile. Si tratta di un nuovo programma di applicazione.

Sommario

Capitolo	Pagina
I. Scopo.	1
II. Ambito di applicazione.	1
III. Riferimenti.	1
IV. Annullamenti.	3
V. Uffici di azione.	3
VI. Modifica del programma federale.	3
VII. Scadenza.	4
VIII. Cambiamenti significativi.....	4
VIII. Contesto.	4
IX. Procedure di ispezione.....	5
A. Ambito di applicazione.....	5
B. Definizioni.	7
C. Procedure di ispezione generale.	9
D. Piano COVID-19	14
E. Screening e gestione dei pazienti/non dipendenti.	19
F. Precauzioni standard e basate sulla trasmissione.....	22
G. Dispositivi di protezione individuale.	23
H. Procedure di generazione di aerosol.	26
I. Distanziamento fisico.	27
J. Barriere fisiche.....	29
K. Pulizia e disinfezione.	30
L. Ventilazione.	32
M. Screening sanitario dei dipendenti e gestione medica.	33
N. Vaccinazione.....	39
O. Formazione.	40
P. Anti-ritorsione.	42
D. Requisiti senza costi.....	44
R. Tenuta dei registri.	45
S. Segnalazione all'OSHA.	48
X. Mini Programma di Protezione Respiratoria.	50
XI. Redazione di citazioni OSHA per violazioni COVID-19.....	53
XII. Formazione per il personale OSHA.	54
XIII. Esami medici per il personale OSHA.....	54
XIV. Protezione del personale OSHA.....	55
XV. Date.	57

XVI. Istruzioni per la codifica del sistema informativo OSHA (OIS).	57
---	----

[Appendice A: Specifiche aggiuntive per AIIR e riferimenti di ventilazione](#) [Appendice B:](#)

Guida alla protezione respiratoria per attività e standard [Appendice C: Ulteriori](#)

indicazioni per la determinazione dei benefici dell'espulsione per motivi medici

IO. Scopo.

Lo scopo di questa Direttiva è quello di fornire linee guida e stabilire procedure uniformi di ispezione e applicazione per lo standard temporaneo di emergenza COVID-19, di seguito denominato ETS. Le due sezioni principali dell'ETS, 29 CFR § 1910.502 e 29 CFR § 1910.504, pubblicate nel *Registro federale*, è entrato in vigore il 21 giugno 2021. Il rispetto della maggior parte delle disposizioni è richiesto entro il 6 luglio 2021, mentre per le disposizioni relative a formazione, ventilazione e barriere è richiesto entro il 21 luglio 2021.

II. Ambito .

La presente direttiva si applica a tutta l'OSHA.

III. Riferimenti .

- UN. Ordine esecutivo presidenziale sulla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, 21 gennaio 2021, www.whitehouse.gov/briefing-room/presidentialactions/2021/01/21/executive-order-protecting-worker-health-and-safety .
- B. Registro federale, 86 FR a 32376, 29 CFR § 1910, *Norma temporanea di emergenza per COVID-19, Regola finale*, 21 giugno 2021, <https://www.govinfo.gov/content/pkg/FR-2021-06-21/pdf/2021-12428.pdf>
- C. Istruzioni OSHA, CPL 02-00-164, *Manuale delle operazioni sul campo (FOM)*, 14 aprile 2020, www.osha.gov/enforcement/directives/cpl-02-00-164 .
- D. Istruzioni OSHA, CPL 02-00-158, *Procedure di ispezione per lo standard di protezione respiratoria*, 26 giugno 2014, www.osha.gov/enforcement/directives/cpl-02-00-158 .
- E. Istruzioni OSHA, CPL 02-02-078, *Procedure di applicazione e programmazione per l'esposizione professionale alla tubercolosi*, 30 giugno 2015, www.osha.gov/enforcement/directives/cpl-02-02-078 .
- F. Direttiva OSHA, DIR 2021-01 (CPL-03), *Programma di enfasi nazionale – Malattia da coronavirus 2019 (COVID-19)*, 12 marzo 2021 (o direttiva successiva), www.osha.gov/enforcement/directives/dir-2021-01cpl-03 .
- G. Istruzioni OSHA, CPL 02-02-072, *Norme di prassi e procedure dell'agenzia riguardanti l'accesso dell'OSHA alle cartelle cliniche dei dipendenti*, 22 agosto 2007, www.osha.gov/enforcement/directives/cpl-02-02-072 .
- H. Istruzioni OSHA, ADM 04-00-003, *Sistema di gestione della sicurezza e della salute*, 6 maggio 2020, www.osha.gov/enforcement/directives/adm-04-00-003 .
- IO. CENTRO PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE, *Lista di controllo per la preparazione ospedaliera*, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/hcp-hospital-checklist .

- J. CENTRO PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE, *Raccomandazioni provvisorie per la prevenzione e il controllo delle infezioni per i pazienti con sospetta o confermata malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) in ambito sanitario*, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.
- K. CENTRO PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE, *Come lavare le mascherine*, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-to-wash-cloth-face-coverings.
- L. CENTRO PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE, *Pulizia e disinfezione della tua struttura*, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/disinfecting-building-facility.
- M. CDC, *Sintomi del COVID-19*, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-test/sintomi.
- N. CENTRO PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE, *Strutture sanitarie: gestione delle operazioni durante la pandemia di COVID-19*, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-hcf.
- O. CENTRO PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE, *Calcolatore del tasso di combustione*, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/ppstrategy/burn-calculator.
- P. Amministrazione per gli alimenti e i farmaci (FDA), *Autorizzazione all'uso di emergenza (EA) per dispositivi di protezione respiratoria*, www.fda.gov/medical-devices/coronavirus-disease-2019-covid-19-emergency-use-authorizations-medical-devices/personal-protective-equipment-euas#respirators.
- Q. FDA, *Umbrella EUA per mascherine chirurgiche*, www.fda.gov/medical-devices/coronavirus-disease-2019-covid-19-emergency-use-authorizations-medical-devices/personal-protective-equipment-euas#appendix-surgical-masks.
- R. FDA, *Mascherine, comprese quelle chirurgiche, e respiratori per COVID-19*, www.fda.gov/medical-devices/coronavirus-covid-19-and-medical-devices/facemasks-including-surgical-masks-and-respirators-covid-19.
- S. FDA, *Mascherine chirurgiche autorizzate* E *Mascherine chirurgiche rimosse dall'Appendice A*, www.fda.gov/medical-devices/coronavirus-disease-2019-covid-19-emergency-use-authorizations-medical-devices/personal-protective-equipment-euas#appendix-removed.
- T. CENTRO PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE, *Respiratori facciali filtranti antiparticolato approvati dal NIOSH*, www.cdc.gov/niosh/npptl/topics/respirators/disp_part.
- U. CENTRO PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE, *Respiratori contraffatti / Falsa rappresentazione dell'approvazione NIOSH*, www.cdc.gov/niosh/npptl/user-notices/counterfeit-resp.
- V. Per ulteriori linee guida e standard incorporati per riferimento, consultare il 29 CFR § 1910.509. Tali linee guida e standard sono elencati anche nella seguente pagina web: www.osha.gov/coronavirus/ets/ibr.

IV. Cancellazioni .

Nessuno.

V. Uffici d'azione .

UN. Ufficio responsabile .

Direzione dei programmi di applicazione della legge (DEP), Ufficio per l'applicazione della legge sanitaria (OHE).

B. Uffici d'azione .

Uffici nazionali, regionali e di zona, programmi di pianificazione statale e di consulenza in loco OSHA.

C. Uffici informazioni .

Ufficio nazionale OSHA.

VI. Modifica del programma federale .

Avviso di intenti ed equivalenza richiesti. La presente Direttiva descrive una modifica al programma federale che aggiorna le procedure di ispezione e applicazione sul campo dell'OSHA, progettate per garantire uniformità nell'applicazione dell'ETS in materia di esposizione sul posto di lavoro al SARS-CoV-2, il virus che causa la malattia COVID-19. I Piani Statali hanno la possibilità di adottare politiche di applicazione identiche o diverse, ma almeno altrettanto efficaci, rispetto a quelle contenute nella presente Direttiva. I Piani Statali devono prevedere procedure e processi amministrativi interni comparabili.

Entro 15 giorni dalla data di entrata in vigore della presente Direttiva, un Piano Statale deve presentare una notifica di intenti indicando se il Piano Statale adotterà o ha già in atto politiche e procedure identiche o diverse dal programma federale. L'adozione da parte dello Stato, identica o diversa, deve essere completata entro 30 giorni. Ai sensi della normativa OSHA per le modifiche al Programma Federale di cui al 29 CFR 1953.4(b)(5), La data di adozione delle modifiche al Programma Federale è generalmente di sei mesi dalla data di notifica, ma il Sottosegretario può stabilire che la natura o la portata della modifica richiedano tempi diversi. Il Sottosegretario dell'OSHA ha stabilito che la natura dell'ETS dell'OSHA richiede che i Piani Statali adottino questa Direttiva entro 30 giorni.

In caso di adozione identica, il Piano Statale deve fornire la data di adozione all'OSHA entro 60 giorni dall'adozione. Se il Piano Statale adotta o mantiene politiche diverse da quelle contenute nella presente Direttiva, tali politiche devono essere disponibili per la revisione. Entro 60 giorni dall'adozione, il Piano Statale deve fornire all'OSHA una copia elettronica delle politiche o un link al sito web del Piano Statale in cui sono pubblicate. Il Piano Statale deve inoltre indicare la data di adozione e identificare eventuali differenze tra le proprie politiche e quelle dell'OSHA. L'OSHA fornirà informazioni di sintesi sulle risposte del Piano Statale alla presente Direttiva sul proprio sito web all'indirizzo: www.osha.gov/dcsp/osp .

VII.Scadenza .

La presente Direttiva è efficace per non più di 12 mesi dalla data di entrata in vigore della *Norma temporanea di emergenza per COVID-19;Regola finale*, 21 giugno 2021, salvo annullamento o proroga da parte di una direttiva sostitutiva.

VIII.Cambiamenti significativi .

N / A.

VIII.Sfondo .

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato la pandemia di COVID-19 l'11 marzo 2020. Il COVID-19 ha ucciso oltre 600.000 persone negli Stati Uniti in poco più di un anno e ne ha infettate milioni di altre, e l'impatto di questa nuova malattia è stato sopportato in modo sproporzionato dal personale sanitario e dagli operatori sanitari incaricati di prendersi cura delle persone infette. Quasi 500.000 operatori sanitari hanno contratto il COVID-19 e più di 1.600 di questi sono deceduti.

L'esposizione può dipendere da una varietà di fattori, tra cui l'ambiente fisico del luogo di lavoro, il tipo di attività lavorativa, lo stato di salute e vaccinale del lavoratore, la capacità dei lavoratori di indossare mascherine e di rispettare le attuali linee guida del CDC e la necessità di un contatto ravvicinato (entro 6 piedi per un totale cumulativo di 15 minuti o più in un periodo di 24 ore) con qualsiasi persona, comprese quelle note o sospettate di avere il COVID-19 e quelle che potrebbero essere infette e in grado di diffondere il SARS-CoV-2 senza saperlo. I lavoratori affrontano un rischio particolarmente elevato di esposizione al SARS-CoV-2 in contesti in cui i pazienti con COVID-19 sospetto o confermato ricevono cure o dove i pazienti con malattie non diagnosticate si presentano per le cure (*per esempio*, pronto soccorso, centri di pronto soccorso), soprattutto quando si forniscono assistenza o servizi direttamente a tali pazienti. Altri fattori, come le condizioni delle comunità in cui i dipendenti vivono e lavorano, le loro attività extralavorative e le condizioni di salute individuali, possono anche influenzare il rischio dei lavoratori di contrarre il COVID-19 e/o di sviluppare complicazioni derivanti dalla malattia.

L'OSHA e diverse agenzie di sanità pubblica hanno elaborato delle raccomandazioni per aiutare i datori di lavoro a preparare i propri luoghi di lavoro al fine di ridurre al minimo la trasmissione del virus. Il 13 aprile 2020, l'OSHA ha emesso un [Piano di risposta provvisorio all'applicazione delle misure per il COVID-19](#) come primo passo per stabilire un'enfasi sui luoghi di lavoro ad altissimo e ad alto rischio. Successivamente, su [19 maggio 2020](#), [E12 marzo 2021](#) Sono stati pubblicati i Piani di risposta provvisori per l'applicazione delle misure di sicurezza in caso di COVID-19. Subito dopo l'emissione del presente ETS CPL, l'OSHA prevede di pubblicare un ulteriore aggiornamento del suo piano di risposta provvisorio per l'applicazione delle misure di sicurezza, ai sensi dell'ETS.

Inoltre, secondo il [Ordine esecutivo presidenziale sulla tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori, 21 gennaio 2021](#), l'OSHA ha sviluppato e implementato un programma di enfasi nazionale (NEP) per COVID-19, [DIR 2021-01 \(CPL-03\)](#), entrato in vigore il 12 marzo 2021. Subito dopo l'emissione di questo ETS CPL, l'OSHA prevede di emettere un NEP rivisto, ai sensi dell'ETS, che rimarrà in vigore per un anno, salvo revoca o proroga da parte di una direttiva sostitutiva. Nell'ambito del NEP, l'OSHA sta dando priorità alle ispezioni relative al COVID-19 che comportano decessi o ricoveri ospedalieri multipli dovuti a esposizioni professionali a

COVID-19. Questo NEP si concentra ulteriormente sulla protezione dei lavoratori dalle ritorsioni.

L'ordinanza presidenziale ha inoltre incaricato l'OSHA di valutare l'emissione di un ETS per il COVID-19. L'OSHA ha valutato e stabilito che gli operatori sanitari corrono un grave pericolo a causa del COVID-19 e che i requisiti dell'ETS erano necessari per proteggerli. L'ETS è stato emesso il [21 giugno 2021](#). La presente direttiva fornisce istruzioni e indicazioni agli uffici di zona e ai responsabili della sicurezza e della salute (CSHO) per l'applicazione dell'ETS COVID-19.

IX. Procedure di ispezione .

UN. Ambito di applicazione .

L'ETS stabilisce nuovi requisiti per proteggere gli operatori sanitari e gli operatori di supporto sanitario in tutto il Paese dal COVID-19.

Salvo alcune eccezioni, l'Healthcare COVID-19 ETS, 29 CFR § 1910.502, si applica a tutti gli ambienti in cui un dipendente fornisce servizi sanitari o servizi di supporto sanitario.

29 CFR § 1910.502 non si applica ai seguenti compiti e luoghi:

1. la prestazione di primo soccorso da parte di un dipendente che non è un operatore sanitario autorizzato;
2. la distribuzione di farmaci da parte dei farmacisti nei negozi al dettaglio;
3. strutture di assistenza ambulatoriale non ospedaliera in cui tutti i non dipendenti vengono sottoposti a screening prima dell'ingresso e alle persone con COVID-19 sospetta o confermata non è consentito l'accesso a tali strutture;
4. strutture ospedaliere ambulatoriali ben definite in cui tutti i dipendenti sono completamente vaccinati e tutti i non dipendenti vengono sottoposti a screening prima dell'ingresso; alle persone con COVID-19 sospetto o confermato non è consentito l'ingresso in tali strutture;
5. strutture di assistenza sanitaria domiciliare in cui tutti i dipendenti sono completamente vaccinati e tutti i non dipendenti vengono sottoposti a screening prima dell'ingresso e in cui non sono presenti persone con sospetto o confermato COVID-19;
6. servizi di supporto sanitario non svolti in un contesto sanitario in cui avviene l'assistenza diretta al paziente (*per esempio*, lavanderia fuori sede, fatturazione medica fuori sede); o
7. servizi di telemedicina svolti al di fuori di un contesto in cui avviene l'assistenza diretta al paziente.

L'applicabilità del 29 CFR § 1910.502 è limitata anche nelle seguenti situazioni:

1. Quando un contesto sanitario è inserito in un contesto non sanitario (*per esempio*, clinica medica in uno stabilimento di produzione, clinica senza appuntamento in un contesto di vendita al dettaglio), questa sezione si applica solo all'ambiente sanitario integrato e non al resto della sede fisica.

2. Laddove i soccorritori o altri operatori sanitari autorizzati accedano a un contesto non sanitario per fornire servizi sanitari, la presente sezione si applica esclusivamente alla fornitura di servizi sanitari da parte di tali soccorritori o altri operatori sanitari. Ad esempio, se un infermiere non vaccinato fornisce assistenza sanitaria domiciliare mentre un elettricista lavora separatamente in casa, l'ETS si applica alle attività dell'infermiere ma non a quelle dell'elettricista.
3. Nelle aree ben definite in cui non vi è alcuna ragionevole aspettativa che sia presente una persona con COVID-19 sospetta o confermata, i paragrafi (f), (h) e (i) di questa sezione non si applicano ai dipendenti completamente vaccinati.

Note ai paragrafi (a)(2)(iv) e (a)(2)(v):

1. L'OSHA non intende impedire ai datori di lavoro di dipendenti che non possono essere vaccinati di rientrare nell'ambito di esenzione di cui ai paragrafi (a)(2)(iv) e (a)(2)(v). Ai sensi delle leggi antidiscriminatorie, i lavoratori che non possono essere vaccinati a causa di condizioni mediche, come allergie agli ingredienti del vaccino, o determinate convinzioni religiose, possono chiedere al proprio datore di lavoro una sistemazione ragionevole. Di conseguenza, laddove un datore di lavoro accolga ragionevolmente un dipendente che non può essere vaccinato in modo da non esporlo ai rischi del COVID-19 (*per esempio*, telelavoro, lavoro in isolamento), tale datore di lavoro può rientrare nell'ambito di applicazione dell'esenzione di cui ai paragrafi (a)(2)(iv) e (a)(2)(v).
2. Nulla in queste sezioni è inteso a limitare i mandati o le linee guida del governo statale o locale (*per esempio*, ordine esecutivo, ordine del dipartimento sanitario) che vanno oltre i requisiti di queste sezioni e non sono incoerenti con esse.
3. I datori di lavoro esentati ai sensi del paragrafo (a) dell'ETS sono incoraggiati a seguire le linee guida sulla salute pubblica dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) anche quando non richiesto dalla presente sezione.
4. 29 CFR § 1910.502(l)(5)(iii) – (l)(5)(iv) e (q)(2)-(q)(3) non si applicano laddove il datore di lavoro abbia 10 o meno dipendenti alla data di entrata in vigore dell'ETS. Sebbene il numero di dipendenti possa variare dopo la data di entrata in vigore dell'ETS, il numero di dipendenti alla data di entrata in vigore determina gli obblighi di conformità del datore di lavoro per la durata dell'ETS.

La dimensione del datore di lavoro si basa sul numero totale di dipendenti dell'azienda a livello nazionale e non per stabilimento. Tutti gli individui che sono considerati "dipendenti" ai sensi dell'OSH Act vengono conteggiati nel totale; il conteggio include tutti i dipendenti a tempo pieno, part-time, temporanei e stagionali. Per le aziende che sono ditte individuali o società di persone, i proprietari e i soci non sarebbero considerati dipendenti e non verrebbero conteggiati. Gli altri individui che non sono considerati dipendenti ai sensi dell'OSH Act sono volontari non retribuiti, ad eccezione di coloro che lavorano presso un'agenzia federale ([Vedere 29 CFR 1975.4\(b\)\(2\)](#) , [E66 Reg. Federale 5916, 6038](#)).
5. Si applica il Mini Respiratory Protection Program, 29 CFR § 1910.504

solo per l'uso del respiratore in conformità con § 1910.502(f)(4)(i) e (ii). Vedere le sezioni corrispondenti in questa Direttiva.

6. L'ETS include disposizioni volte a garantire che i dipendenti siano consapevoli dei loro diritti previsti dalla norma e che siano protetti da ritorsioni per aver esercitato tali diritti.

B. Definizioni .

Di seguito vengono presentati alcuni termini utilizzati nel preambolo e nel testo normativo della rispettiva norma.

1. Procedura di generazione di aerosol indica una procedura medica che genera aerosol potenzialmente infettivi e di dimensioni respirabili. Ai fini della presente sezione, solo le seguenti procedure mediche sono considerate procedure che generano aerosol: aspirazione a cielo aperto delle vie aeree; induzione dell'espettorato; rianimazione cardiopolmonare; intubazione ed estubazione endotracheale; ventilazione non invasiva (*per esempio*, BiPAP, CPAP); broncoscopia; ventilazione manuale; e procedure mediche/ chirurgiche/post mortem mediante l'uso di seghe ossee oscillanti; e procedure odontoiatriche che coinvolgono: ablatori ultrasonici; manipoli dentali ad alta velocità; siringhe aria/acqua; lucidatura ad aria; e abrasione ad aria.
2. Stanza di isolamento per infezioni trasmesse per via aerea (AIIR) indica una stanza dedicata alla cura dei pazienti a pressione negativa, con una speciale capacità di trattamento dell'aria, utilizzata per isolare le persone con una sospetta o confermata malattia infettiva trasmissibile per via aerea. Le AIIR includono sia stanze permanenti che strutture temporanee (*per esempio*, una cabina, una tenda o un altro recinto progettato per funzionare sotto pressione negativa).
3. Assistenza ambulatoriale indica i servizi sanitari erogati in regime ambulatoriale, senza ricovero ospedaliero o in altre strutture. Questi servizi sono forniti in contesti quali: studi medici e altri operatori sanitari; ambulatori ospedalieri; centri chirurgici ambulatoriali; cliniche o centri specialistici (*per esempio*, dialisi, infusione, diagnostica per immagini); e cliniche di pronto soccorso. L'assistenza ambulatoriale non include le strutture di assistenza domiciliare ai fini della presente sezione.
4. Pulito/pulizia La pulizia consiste nella rimozione di sporco e impurità, inclusi i germi, dalle superfici utilizzando acqua e sapone o altri detergenti. La pulizia riduce la presenza di germi sulle superfici rimuovendo i contaminanti e può anche indebolire o danneggiare alcune particelle virali, riducendo il rischio di infezione dalle superfici.
5. Contatto ravvicinato significa trovarsi entro 1,8 metri da qualsiasi altra persona per un totale cumulativo di 15 minuti o più nell'arco di 24 ore durante il potenziale periodo di trasmissione di quella persona. Il potenziale periodo di trasmissione inizia 2 giorni prima che la persona si senta male (o, per le persone asintomatiche, 2 giorni prima della raccolta del campione del test) fino al momento in cui la persona è isolata.

6. Aree comuni significa luoghi interni o esterni sotto il controllo del datore di lavoro che più di una persona può utilizzare o dove le persone si radunano (*per esempio*, hall degli edifici, aree di ricevimento, sale d'attesa, servizi igienici, sale relax, aree ristoro, sale conferenze).
7. COVID-19 (Malattia da Coronavirus 2019) indica la malattia respiratoria causata dal SARS-CoV-2 (sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2). Per chiarezza e facilità di consultazione, in questa sezione si fa riferimento al termine "COVID-19" quando si descrivono esposizioni o potenziali esposizioni al SARS-CoV-2.
8. Positivo al COVID-19 E COVID-19 confermato si riferisce a una persona che ha un test positivo confermato per il COVID-19 o a cui è stata diagnosticata la malattia da un operatore sanitario autorizzato.
9. Sintomi del covid-19 significano quanto segue: febbre o brividi; tosse; respiro corto o difficoltà respiratorie; affaticamento; dolori muscolari o corporei; mal di testa; nuova perdita di gusto o olfatto; mal di gola; congestione o naso che cola; nausea o vomito; diarrea.
10. Test COVID-19 indica un test per SARS-CoV-2 autorizzato o approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) statunitense o autorizzato dall'autorizzazione all'uso di emergenza (EUA) o dalla notifica della FDA per diagnosticare l'infezione in corso con il virus SARS-CoV-2; e somministrato in conformità con l'autorizzazione o l'approvazione della FDA o con l'EUA della FDA, a seconda dei casi.
11. Assistenza diretta al paziente significa contatto diretto e diretto con i pazienti allo scopo di diagnosi, trattamento e monitoraggio.
12. Disinfettare/disinfezione significa utilizzare un disinfettante registrato dall'EPA nell'"Elenco N" dell'EPA (incorporato per riferimento, 29 CFR § 1910.509), in conformità con le istruzioni del produttore per uccidere i germi sulle superfici.
13. Mascherina Si intende una mascherina chirurgica, per procedure mediche, dentale o isolante approvata dalla FDA, autorizzata da un'autorizzazione all'uso di emergenza (EUA) della FDA o altrimenti offerta o distribuita come descritto in una politica di applicazione della FDA. Le mascherine possono anche essere denominate "mascherine per procedure mediche".
14. Completamente vaccinato significa 2 settimane o più dopo la somministrazione dell'ultima dose di vaccino contro il COVID-19.
15. Igiene delle mani significa la pulizia e/o la disinfezione delle mani utilizzando i metodi standard di lavaggio delle mani con acqua corrente e sapone o una soluzione disinfettante per le mani a base di alcol che contenga almeno il 60% di alcol.
16. Servizi sanitari significa servizi forniti agli individui da operatori sanitari professionisti (*per esempio*, medici, infermieri, personale medico di emergenza, professionisti della salute orale) allo scopo di promuovere, mantenere, monitorare o ripristinare la salute. I servizi sanitari vengono erogati attraverso vari mezzi, tra cui: ricovero ospedaliero, assistenza a lungo termine, assistenza ambulatoriale (*per esempio*, trattamento negli studi medici, dentisti).

ambulatori, cliniche mediche), assistenza domiciliare e hospice, pronto soccorso e trasporto pazienti. Ai fini della presente sezione, i servizi sanitari includono le autopsie.

17. Servizi di supporto sanitario servizi che facilitano l'erogazione di servizi sanitari. I servizi di supporto sanitario includono l'accettazione/ricovero dei pazienti, i servizi di ristorazione per i pazienti, la manutenzione delle attrezzature e delle strutture, i servizi di pulizia, i servizi di lavanderia sanitaria, i servizi di gestione dei rifiuti sanitari e i servizi di pulizia/ricondizionamento delle attrezzature mediche.
18. Superfici e attrezzature ad alto contatto significa qualsiasi superficie o pezzo di equipaggiamento che viene ripetutamente toccato da più di una persona (*per esempio*, maniglie delle porte, interruttori della luce, ripiani, maniglie, scrivanie, tavoli, telefoni, tastiere, utensili, servizi igienici, rubinetti, lavandini, terminali per carte di credito, dispositivi touch-screen).
19. Posizione fisica significa un sito (comprese aree esterne e interne, una struttura o un gruppo di strutture) o un'area all'interno di un sito in cui si svolgono lavori o qualsiasi attività correlata al lavoro (*per esempio*, fare pause, andare in bagno, mangiare, entrare o uscire dal lavoro). Una posizione fisica include l'intero spazio associato al sito (*per esempio*, postazioni di lavoro, corridoi, scale, sale relax, bagni, ascensori) e qualsiasi altro spazio che un dipendente potrebbe occupare arrivando, lavorando o andando via.
20. Respiratore indica un tipo di dispositivo di protezione individuale certificato dal National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) ai sensi del 42 CFR parte 84 o autorizzato con un'autorizzazione all'uso di emergenza (EUA) dalla FDA. I respiratori proteggono dai pericoli aerei rimuovendo specifici contaminanti dall'aria ambiente (circostante) o fornendo aria respirabile da una fonte sicura. I tipi più comuni di respiratori includono respiratori facciali filtranti, respiratori elastomerici e respiratori elettroventilati (PAPR). Le mascherine, le visiere e gli schermi facciali non sono respiratori.
21. Schermo significa porre domande per determinare se una persona è positiva al COVID-19 o presenta sintomi del COVID-19.
22. mascherina chirurgica Si intende una maschera che copre naso e bocca dell'utente e fornisce una barriera fisica ai fluidi e alle particelle. La maschera soddisfa determinati standard di protezione contro i fluidi e test di infiammabilità di Classe I o Classe II. Le mascherine chirurgiche sono generalmente regolamentate dalla FDA come dispositivi di Classe II ai sensi del 21 CFR § 878.4040 - Apparecchiature chirurgiche.
23. Vaccino indica un prodotto biologico autorizzato o concesso in licenza dalla FDA per prevenire o fornire protezione contro il COVID-19, indipendentemente dal fatto che la sostanza venga somministrata tramite una singola dose o una serie di dosi.

C. Procedure di ispezione generale .

1. Procedure di ispezione in [FOM Capitolo 3](#) devono essere seguite, salvo quanto modificato nella presente Direttiva. I CSHO dovrebbero anche consultare altri OSHA

direttive, per esempio, [Programma di enfasi nazionale – Malattia da coronavirus 2019 \(COVID-19\)](#) (o direttiva successore); [Manuale OSHA sulla sicurezza e la salute sul campo, ADM 04-00-003](#) ; e altre linee guida provvisorie, a meno che non siano sostituite, come ad esempio [Piano di risposta provvisorio aggiornato per l'applicazione delle misure COVID-19](#) e i riferimenti citati nella presente Direttiva per ulteriori indicazioni. Le ispezioni devono essere condotte utilizzando metodi in loco o una combinazione di metodi in loco e a distanza, salvo circostanze in cui un'ispezione in loco non possa essere condotta in sicurezza. In tali casi, gli Uffici di Area documenteranno le condizioni di rischio che impediscono un'ispezione in loco e, con l'approvazione del Direttore di Area (AD), potrà essere utilizzato un processo di ispezione alternativo in modo che l'ispezione possa essere eseguita in sicurezza nel contesto della situazione.

2. Pianificazione delle ispezioni Nella maggior parte dei casi, in conformità con il FOM, la priorità di ispezione più alta dovrebbe essere data alle ispezioni sugli incidenti mortali e poi alle altre ispezioni non programmate (cioè, reclami e segnalazioni) che presumono l'esposizione dei dipendenti a rischi correlati al COVID-19. Le ispezioni programmate devono essere condotte come descritto nel NEP COVID-19. Gli uffici di zona possono programmare ispezioni di follow-up relative ai rischi COVID-19 che contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi del NEP.

UN. L'estensione delle ispezioni alle aree che comportano esposizioni professionali al SARS-CoV-2 dovrebbe essere effettuata quando le informazioni/prove raccolte o le osservazioni evidenti indicano carenze conformi ai requisiti OSHA stabiliti in 29 CFR § 1910.502 e 29 CFR § 1910.504.

3. Conferenza di apertura. I CSHO dovranno richiedere di parlare con il rappresentante del datore di lavoro o con il responsabile della sicurezza, con i coordinatori della sicurezza COVID-19, con il responsabile del controllo delle infezioni e con altri soggetti responsabili dell'implementazione delle misure di protezione COVID-19 o del controllo dei rischi per la salute sul lavoro. Anche altri soggetti responsabili della fornitura della documentazione pertinente all'ispezione dovranno essere inclusi nella conferenza di apertura o intervistati all'inizio dell'ispezione. per esempio, amministratore della struttura, direttore della formazione, ingegnere delle strutture, direttore infermieristico, risorse umane). Inoltre, i rappresentanti dei dipendenti designati e i funzionari sindacali possono partecipare alla conferenza di apertura e possono accompagnare i CSHO durante l'ispezione (vedi anche [FOM, Capitolo 3](#) , che descrive l'autorità del CSHO per garantire ispezioni eque e ordinate).

4. Sicurezza CSHO Le ispezioni devono essere condotte in modo da garantire la sicurezza del CSHO, in particolare dei CSHO non protetti da vaccinazione, e di tutto il personale con cui entra in stretto contatto. Ciò include l'istituzione di tutte le precauzioni appropriate per il distanziamento fisico, l'uso dei DPI e l'igiene. Quando sono in loco, i CSHO devono adottare altre precauzioni necessarie, come richiedere di svolgere le conferenze di apertura in un'area amministrativa designata e incontaminata o all'aperto, indossando sempre almeno un respiratore facciale filtrante N95, in conformità con

il più recente [Piano di risposta provvisorio aggiornato per l'applicazione delle misure COVID-19](#) (e tutte le politiche regionali) e altri DPI necessari (*per esempio*, guanti, protezione per gli occhi). Si noti che le politiche interne dell'OSHA relative alle protezioni CSHO durante le ispezioni potrebbero essere aggiornate in base alle attuali linee guida del CDC e allo stato della vaccinazione contro il COVID-19. Vedere anche [Sezione XIV](#), Protezione del personale OSHA di questa direttiva, per maggiori informazioni.

5. Se viene condotta un'ispezione ai sensi del COVID-19 NEP, il CSHO dovrà inizialmente verificare con il datore di lavoro il codice NAICS (North American Industrial Classification System) corretto per lo stabilimento e determinare se le pratiche di lavoro svolte presso la struttura o il luogo di lavoro sono esentate ai sensi dello standard.

Verifica delle esenzioni ai sensi del 29 CFR § 1910.502(a) :

- a. Determinare se una delle esenzioni descritte nelle sezioni 29 CFR § 1910.502(a) si applica all'intera struttura o a porzioni ben definite di essa. Una porzione ben definita della struttura potrebbe essere un intero dipartimento (*per esempio*, unità di radiologia) o una sezione di un edificio (*per esempio*, stanza, piano, ala). Un datore di lavoro la cui forza lavoro è completamente vaccinata e non ha alcuna ragionevole aspettativa che a qualsiasi persona con COVID-19 sospetta o confermata venga consentito l'ingresso non è tenuto a conformarsi ai paragrafi (f), (h) e (i) del 29 CFR § 1910.502. Gli Uffici di Sicurezza e Salute (CSHO) possono verificare le affermazioni del datore di lavoro intervistando i dipendenti presso la sede in merito al loro stato vaccinale. Se disponibile, gli Uffici di Sicurezza e Salute (CSHO) possono anche richiedere documentazione a ulteriore supporto dello stato vaccinale dei dipendenti. Un'area precedentemente esente deve essere rivalutata al momento dell'assunzione di nuovi dipendenti non vaccinati.

NOTA: Qualora gli unici dipendenti non vaccinati non possano vaccinarsi a causa di condizioni mediche o di determinate convinzioni religiose, il datore di lavoro può comunque essere (parzialmente) esentato dai requisiti della norma se fornisce soluzioni ragionevoli. Tali soluzioni ragionevoli devono essere realizzate in modo tale da non esporre i dipendenti non vaccinati ai rischi del COVID-19: *per esempio*, tramite telelavoro, lavoro solitario o attuazione di controlli solo in un'area dedicata esclusivamente ai dipendenti non vaccinati.

- B. I CSHO dovrebbero richiedere i registri degli infortuni e delle malattie professionali (OSHA 300, 301 e OSHA 300A) dell'azienda per gli anni solari 2020 e 2021 per identificare i casi di COVID-19 correlati al lavoro. Documentare se tali casi sono stati inseriti nel registro. I CSHO dovrebbero inoltre richiedere il registro COVID-19 e informarsi se i dipendenti sono a conoscenza di eventuali casi recenti di COVID-19 tra i colleghi.
- C. Nei casi che coinvolgono ispezioni NEP programmate per COVID-19, i CSHO verificano che il datore di lavoro sia esente dallo standard in base a una qualsiasi delle disposizioni della sezione 29 CFR § 1910.502(a)(2); (a)(3)

e (a)(4),~~E~~In assenza di infezioni da COVID-19 recenti o attive correlate al lavoro, i CSHO devono documentare tali riscontri, interrompere l'ispezione e uscire dalla struttura. L'ispezione deve essere contrassegnata come "NESSUNA ISPEZIONE". Tuttavia, ai sensi del COVID-19 NEP, se l'ispezione è stata avviata da un'attività non programmata o di follow-up, o se la struttura è interessata da un altro NEP, o dal Programma Site-Specific Targeting (SST) e/o da un programma di attenzione locale o regionale, il CSHO deve procedere con l'ispezione al fine di affrontare eventuali ulteriori pericoli presunti o quelli coperti da un altro programma di attenzione.

NOTA: le esenzioni e le eccezioni limitate descritte nella sezione (a) dell'ETS, Ambito di applicazione, non si applicano se la struttura non è pienamente conforme ai termini della particolare esenzione o eccezione (ad esempio, un ambiente di assistenza ambulatoriale non ospedaliera che esegue lo screening ma consente l'ingresso a visitatori, pazienti o residenti sospetti o confermati di COVID-19 è coperto dall'ETS).

In tali casi, il datore di lavoro può essere citato in giudizio per eventuali carenze rispetto a questa norma.

6. Revisione del programma e dei documenti Tutte le ispezioni relative al COVID-19 dovrebbero includere una revisione del piano COVID-19 del datore di lavoro e dei documenti correlati, nonché colloqui con datori di lavoro e dipendenti. I CSHO dovrebbero effettuare le seguenti valutazioni:

- UN. Verificare se il datore di lavoro dispone di un piano COVID-19 scritto (o di elementi di esso) che potrebbe essere parte di un piano di sicurezza e salute che includa la pianificazione di emergenza per emergenze e calamità naturali. Ad esempio, nel settore sanitario, il datore di lavoro dovrebbe già disporre di un piano pandemico, come raccomandato dal CDC.¹ Se il piano COVID-19 fa parte di un altro piano di preparazione alle emergenze, effettuare una revisione limitata delle sezioni relative all'esposizione al SARS-CoV-2.
- B. Esaminare le prove o la documentazione che dimostrano che è stata condotta una valutazione dei pericoli.
- C. Determinare se il datore di lavoro ha stabilito misure di controllo amministrative e tecniche per facilitare il distanziamento fisico (*per esempio*, barriere o misure amministrative per incoraggiare il distanziamento di 6 piedi).
- D. Esaminare le informazioni quali le cartelle cliniche relative agli incidenti di esposizione dei lavoratori, la tenuta dei registri richiesta dall'OSHA e qualsiasi altra informazione o documentazione pertinente ritenuta appropriata dall'

¹Per gli ospedali, Vedere www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/hcp-hospital-checklist.

CSHO. Ciò include la raccolta di documentazione sui decessi correlati al COVID-19, sui dipendenti che hanno contratto il COVID-19, sono stati ricoverati in ospedale o sono stati posti in isolamento/allontanamento precauzionale a seguito dell'esposizione al SARS-CoV-2 correlata al lavoro.

- e. Per assistenza nell'accesso alle cartelle cliniche, i CSHO sono incoraggiati a utilizzare la richiesta di ordine di accesso medico (MAO) online o a contattare l'Ufficio di Medicina del Lavoro e Infermieristica (OOMN) presso l'Ufficio Nazionale. Gli uffici di zona e regionali che necessitano di una consulenza OOMN sono incoraggiati a utilizzare il modulo di richiesta di consulenza OOMN online. Si consiglia di emettere un subpoena duces tecum per le cartelle cliniche per obbligare i datori di lavoro a esibirle, se necessario.
- F. Esaminare il programma di protezione respiratoria e qualsiasi modifica alle politiche sui respiratori relative al COVID-19 (*per esempio*, politiche modificate per accogliere l'uso di respiratori autorizzati da un'autorizzazione di emergenza (EUA) della FDA per i datori di lavoro del settore sanitario) e valutare la conformità con 29 CFR § 1910.504 e 29 CFR § 1910.134, ove applicabile.
- G. Esaminare i registri di formazione dei dipendenti, compresi eventuali registri o materiali didattici relativi alla prevenzione dell'esposizione al SARS-CoV-2 o alla preparazione a una pandemia, se disponibili.
- H. Esaminare tutti gli sforzi documentati compiuti dal datore di lavoro per ottenere e fornire forniture appropriate e adeguate di DPI.
- io. Esaminare la documentazione relativa alla manutenzione e all'uso dei controlli tecnici quali sistemi HVAC e AIIR secondo le istruzioni dei produttori, ove appropriato.
- J. Se del caso, determinare se la struttura dispone di stanze/aree di isolamento per le infezioni trasmesse per via aerea (AIIR) e raccogliere informazioni sull'uso da parte del datore di lavoro di sistemi di monitoraggio della pressione dell'aria e su eventuali procedure di test periodici.
- la Esaminare le procedure per l'assegnazione dei pazienti alle AIIR e le procedure utilizzate per limitare l'accesso alle AIIR ai dipendenti formati e adeguatamente dotati di DPI. Vedere anche [Sezione IX.L](#) sui requisiti di ventilazione.
- l. Rivedere le procedure per l'accettazione dei pazienti affetti da COVID-19 trasferiti da altre strutture.
- m. Stabilire i numeri e i posizionamenti, *cioè*, assegnazioni di stanze o assegnazioni di aree designate (cohorting), di pazienti COVID-19 confermati e sospetti in isolamento al momento dell'ispezione.

N. Stabilire il modello o la prassi di inserimento dei pazienti con COVID-19 confermato o sospetto.

7. Passeggiata .

a. CSHO, in consultazione con i supervisori o AD ove necessario, dovrebbe determinare quali aree di una struttura saranno ispezionate (*per esempio*, pronto soccorso, obitorio ospedaliero, aree di terapia respiratoria, sale per broncoscopia, spogliatoi, sale relax, orologi marcatempo).

B. Gli operatori sanitari non devono entrare nelle stanze dei pazienti o nelle aree di trattamento occupate durante procedure ad alto rischio. Gli operatori sanitari, gli assistenti di degenza e gli assistenti di degenza ausiliari devono valutare e determinare la necessità di entrare in una stanza occupata. Ove possibile, si dovrebbero utilizzare fotografie o videoregistrazioni per la documentazione del caso, ad esempio per la registrazione dei test con tubi di fumo dei flussi d'aria all'interno o all'esterno della camera di isolamento acustico. Tuttavia, *in nessun caso i CSHO devono fotografare o riprendere video dei pazienti* e gli operatori sanitari devono adottare tutte le precauzioni necessarie per garantire e proteggere la riservatezza dei pazienti. Durante l'ispezione delle strutture che trattano pazienti affetti da COVID-19, gli operatori sanitari devono evitare di interferire con i servizi medici in corso.

D. Piano COVID-19 .

Il 29 CFR § 1910.502(c) stabilisce i requisiti per un piano COVID-19. Qualora alla data di entrata in vigore dell'ETS vi siano più di 10 dipendenti, il piano deve essere redatto in forma scritta. Questi requisiti sono applicabili a tutte le entità interessate.

1. Guida all'ispezione .

UN. Piano COVID-19 scritto : I CSHO devono richiedere e rivedere il piano COVID-19 scritto del datore di lavoro per verificare che includa ciascuno degli elementi richiesti nei paragrafi (c) da 1 a 7. Se il datore di lavoro dispone di più strutture con attività sostanzialmente simili, il suo piano COVID-19 può essere sviluppato per tipologia di struttura anziché per singolo luogo di lavoro, a condizione che tutte le informazioni richieste specifiche per il sito siano incluse nel piano. I datori di lavoro possono anche sviluppare un unico piano completo nei casi in cui i dipendenti svolgano le stesse attività in strutture diverse, a condizione che siano incluse tutte le informazioni richieste specifiche per il sito.

B. Affinché un datore di lavoro sia esentato dall'effettuare controlli (*per esempio*, mascherine, distanziamento fisico, barriere fisiche) in un'area ben definita del posto di lavoro, a condizione che i dipendenti siano completamente vaccinati, il datore di lavoro deve disporre di politiche e procedure nel suo piano COVID-19 per determinare lo stato vaccinale dei dipendenti. Queste politiche e procedure possono esistere indipendentemente da qualsiasi risposta formale scritta al COVID-19; possono far parte di un portafoglio HR (Risorse Umane); e possono essere realizzate in diversi modi, inclusi, ma non limitati a, un'istruzione verbale ai dipendenti; una riunione del personale che discute la vaccinazione; un promemoria scritto del personale o un

modifica formale delle condizioni di lavoro. Gli Uffici di Sicurezza e Salute (CSHO) dovrebbero verificare l'esistenza e l'efficacia di queste procedure per la determinazione dello stato vaccinale esaminando le prove o i registri pertinenti, se disponibili, o attraverso colloqui con i rappresentanti dei datori di lavoro e dei lavoratori.

- C. Se non è possibile definire o delimitare fisicamente un'area dedicata in cui tutti i dipendenti vengono vaccinati, il datore di lavoro è tenuto a implementare tutti gli elementi del piano COVID-19. Vedere [Sezione IX.C.6](#), *Verifica delle esenzioni ai sensi del 29 CFR § 1910.502(a)*, per ulteriori informazioni sulla verifica delle esenzioni.
- D. I datori di lavoro hanno la facoltà di stabilire lo stato vaccinale. Possono scegliere di chiedere verbalmente al dipendente e documentarlo, possono conservare fotocopie del libretto vaccinale o possono richiedere al dipendente di fornire altre prove di vaccinazione, come una lettera di un medico o di un ente vaccinale. *per esempio*, farmacia al dettaglio). A seconda della natura delle prove conservate dal datore di lavoro (*per esempio*, fotocopie dei certificati di vaccinazione), gli uffici sanitari potrebbero aver bisogno di un ordine di accesso medico (MAO) per verificare lo stato di vaccinazione.
- e. I CSHO dovrebbero intervistare un numero sufficiente di dipendenti interessati su più turni (ove applicabile) come parte della valutazione complessiva del piano COVID-19 del datore di lavoro e, nei casi in cui un datore di lavoro presenti una richiesta di esenzione, per verificare che il datore di lavoro abbia valutato lo stato vaccinale della forza lavoro interessata. Come definito nello standard, "*Completamente vaccinato*" significa 2 settimane o più dopo la somministrazione dell'ultima dose di vaccino contro il COVID-19. Gli Uffici di Sicurezza sul Lavoro (CSHO) dovrebbero informarsi su ogni elemento del programma e documentare le risposte del dipendente per determinare se il piano COVID-19 del datore di lavoro segue le linee guida prescritte.
- F. Coordinatore/i della sicurezza COVID-19): I CSHO dovrebbero informarsi se i datori di lavoro hanno designato uno o più coordinatori per la sicurezza COVID-19 per implementare, monitorare e riferire sul piano COVID-19 elaborato ai sensi della presente sezione. I CSHO dovrebbero esaminare il piano COVID-19 scritto (ove richiesto) per garantire che il/i coordinatore/i per la sicurezza sia/siano identificato/i per iscritto e abbia/abbiano l'autorità di garantire la conformità a tutti gli aspetti del piano COVID-19, inclusa l'implementazione e l'aggiornamento del piano secondo necessità. Il CSHO dovrebbe intervistare il/i coordinatore/i per la sicurezza COVID-19 in merito alle loro conoscenze professionali e al loro background nei principi e nelle pratiche di controllo delle infezioni applicati al luogo di lavoro e alle attività lavorative dei dipendenti. Ciò faciliterà la determinazione della loro qualifica attraverso formazione, istruzione, esperienza lavorativa o una combinazione di questi. La gestione del piano COVID-19 può essere eseguita da un team di personale addetto al controllo delle infezioni.

- G. Contributo dei dipendenti: I CSHO dovrebbero stabilire, tramite colloqui privati, se i dipendenti non dirigenti e i loro eventuali rappresentanti abbiano contribuito alla valutazione dei rischi e allo sviluppo del piano, se il piano sia stato fornito ai dipendenti per fornire un contributo e se esista un meccanismo di feedback e miglioramento continuo.
- H. I CSHO devono stabilire se il piano COVID-19 contiene adeguate politiche e procedure specifiche per il luogo di lavoro, per affrontare i potenziali rischi legati al COVID-19 nel luogo di lavoro sottoposto a ispezione.
- io. Monitoraggio e aggiornamento : I CSHO dovrebbero stabilire, attraverso colloqui con i dipendenti, le modalità con cui il datore di lavoro garantisce la continua efficacia del proprio piano e la rapidità con cui vengono intraprese azioni correttive, se necessario. Lo standard non definisce la frequenza con cui aggiornare il piano COVID-19. Tuttavia, il luogo di lavoro deve essere monitorato e, se necessario, devono essere effettuati aggiornamenti per garantire la continua efficacia del piano COVID-19. Come minimo, gli aggiornamenti potrebbero essere necessari quando modifiche alle attività o ai processi creano esposizioni nuove o non precedentemente identificate o quando cambia lo stato vaccinale (inclusi eventuali richiami raccomandati dai CDC) della forza lavoro interessata. Attraverso colloqui, revisione dei documenti e osservazioni a tappeto, i CSHO dovrebbero determinare se vi siano pericoli non affrontati e non coperti dal piano COVID-19. I CSHO dovrebbero discutere le carenze osservate nel piano con i coordinatori per la sicurezza COVID-19 designati dal datore di lavoro per determinare quali sforzi precedenti, se presenti, siano stati compiuti per valutare il piano e aggiornarlo.
- J. Valutazione dei rischi specifici sul posto di lavoro : È necessario condurre una valutazione dei rischi specifica per il luogo di lavoro. Questo requisito si estende ai dipendenti del datore di lavoro e ai dipendenti di altri datori di lavoro quando più datori di lavoro condividono la stessa sede fisica. I datori di lavoro devono seguire tecniche di valutazione dei rischi di base e ben note, tra cui:
- Identificare i potenziali rischi e le fonti di esposizione : Identificare le categorie di lavoratori o le mansioni lavorative con esposizione e classificare il rischio di esposizione dei lavoratori.
 - Gli Uffici di Sicurezza sul Lavoro (CSHO) dovrebbero determinare se siano stati identificati tutti i rischi ragionevolmente previsti sul posto di lavoro correlati al COVID-19. Il rischio di esposizione dipende in parte dall'ambiente fisico del luogo di lavoro, dal tipo di attività lavorativa, dallo stato di salute del lavoratore, dalla capacità dei lavoratori di indossare mascherine e di rispettare le linee guida del CDC e dalla necessità di un contatto ravvicinato (entro 2 metri per un totale di 15 minuti o più nell'arco di 24 ore) con altre persone, comprese quelle note o sospettate di esserlo.

COVID-19 e coloro che potrebbero essere infettati dal SARS-CoV-2 e diffonderlo senza saperlo.

- La valutazione dei pericoli e la classificazione del rischio dovrebbero includere tutte le mansioni dei dipendenti sul posto di lavoro, come: compiti a contatto con i pazienti; la necessità di condividere strumenti o apparecchiature mediche (*per esempio*, radio o terminali di computer); e condivisione di aree comuni. Nell'assistenza sanitaria, i rischi sono in genere associati all'assistenza diretta al paziente, inclusi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, lo screening dei pazienti (*per esempio*, all'ingresso dell'ospedale o della clinica); assistenza medica al paziente (*per esempio*, nel reparto dedicato al COVID-19); il tipo di assistenza (*per esempio*, assistenza nell'alimentazione o nel bagno) o il tipo di procedure mediche da eseguire (*per esempio*, intubazione, broncoscopia); ecc. Vedi anche www.osha.gov/coronavirus/hazards.

la

Minimizzare i rischi : Il 29 CFR § 1910.502 richiede ai datori di lavoro di stabilire politiche e procedure per ridurre al minimo il rischio di trasmissione del COVID-19 per ciascun dipendente attraverso un approccio multistrato di controlli tecnici e amministrativi come discusso nei paragrafi da (d) a (n) dello standard 29 CFR § 1910.502, salvo nei casi in cui questa sezione non si applichi ai sensi dei paragrafi (a)(2)-(a)(4) dello standard. Il piano non deve necessariamente riguardare ciascun dipendente individualmente; può riguardare i dipendenti in generale.

- Gli uffici preposti alla sicurezza e alla salute sul lavoro (CSHO) dovrebbero stabilire se i datori di lavoro si affidano all'uso delle mascherine da parte dei dipendenti interessati come unica misura di protezione o se i dipendenti sono protetti dall'esposizione al COVID-19 attraverso ulteriori misure di controllo tecnico, tra cui il distanziamento fisico e le barriere fisiche.

l.

Comunicazione con altri datori di lavoro : I CSHO dovrebbero determinare se il piano COVID-19 include politiche e procedure su come comunicare e coordinarsi efficacemente con altri datori di lavoro o appaltatori in loco. Questo requisito può essere soddisfatto attraverso una combinazione di procedure formali o informali. Ad esempio, i datori di lavoro possono utilizzare riunioni pre-pianificate con scambio di documenti; un accordo congiunto su un insieme comune di regole e pratiche di lavoro; obblighi contrattuali; coordinamento di orari/attività per ridurre al minimo la sovrapposizione del personale e massimizzare il distanziamento fisico; erigere barriere permanenti o temporanee per limitare l'accesso, ecc. Il piano deve anche includere un meccanismo per le notifiche tra datori di lavoro nei siti multi-datore di lavoro ogni volta che un dipendente di un datore di lavoro è esposto a condizioni che non soddisfano i requisiti della norma. (Vedi anche la Sezione XI della [Direttiva sugli agenti patogeni trasmissibili per via ematica](#) per maggiori informazioni sugli scenari con più datori di lavoro nel settore sanitario).

- I CSHO dovrebbero determinare se il piano COVID-19 affronta la protezione dei dipendenti non vaccinati che, nel corso di

il loro impiego (*per esempio*, assistenza domiciliare), entrare in residenze private o altri luoghi fisici controllati da una persona non coperta dalla legge sulla sicurezza e la salute sul lavoro (*per esempio*, proprietari di case, ditte individuali). I CSHO dovrebbero valutare se tali dipendenti sono stati formati per riconoscere i pericoli e le possibili soluzioni di mitigazione (*per esempio*, richiedendo al proprietario di casa di mantenere una distanza di 1,8 metri; riposizionando una sedia per creare ulteriore distanza; richiedendo che le porte siano lasciate aperte per ridurre al minimo il contatto con le maniglie; richiedendo l'apertura delle finestre per aumentare la ventilazione). I CSHO dovrebbero anche verificare se i dipendenti sono stati incoraggiati a discutere le carenze con i loro supervisori e cercare soluzioni mitigatrici. In circostanze in cui le protezioni contro il COVID-19 siano insufficienti o carenti, ai dipendenti interessati deve essere data la possibilità di ritirarsi da tale luogo, senza timore di ritorsioni.

2. Guida alla citazione .

- a. Se il datore di lavoro non ha sviluppato e/o implementato un piano COVID-19 per ogni luogo di lavoro nella sua giurisdizione, l'ufficio di zona dovrebbe emettere citazioni ai sensi del 29 CFR § 1910.502(c)(1). Se una struttura non ha un piano COVID-19 e altri requisiti della norma non sono stati implementati, tali paragrafi dovrebbero essere citati come violazioni separate in aggiunta al paragrafo (c).
- B. Se il datore di lavoro non ha reso il piano COVID-19 specifico per il sito (o specifico per l'attività), l'ufficio di zona può emettere una citazione ai sensi del 29 CFR § 1910.502(c)(1).
- C. Qualora il datore di lavoro abbia più di 10 dipendenti alla data di entrata in vigore dell'ETS, il 29 CFR § 1910.502(c)(1), per mancanza di un piano COVID-19, può essere raggruppato con il 29 CFR § 1910.502(c)(2), per mancanza di un piano scritto. Queste violazioni dovrebbero normalmente essere classificate come gravi.
- D. Se il datore di lavoro ha più di 10 dipendenti alla data di entrata in vigore dell'ETS e non esiste un piano COVID-19 scritto, ma tutte le altre disposizioni dello standard sono state rispettate ed è improbabile che la carenza si traduca in un rischio grave, l'Ufficio di Area può considerare la mancanza del programma scritto come non grave. Consultare inoltre le linee guida generali per le citazioni.
- e. Se il datore di lavoro ha sviluppato e implementato un piano COVID-19 specifico per il sito (o per un'attività specifica) ma il piano scritto non ha affrontato uno o più degli elementi previsti rispettivamente da 29 CFR § 1910.502(c)(3) - (c)(7), l'ufficio di zona può emettere citazioni per le disposizioni specifiche, se del caso.

Le violazioni dovute a carenze od omissioni di uno o più elementi del piano COVID-19 dovrebbero normalmente essere raggruppate, ove opportuno.

Ad esempio, in circostanze quali i luoghi di lavoro con più datori di lavoro, le violazioni del 29 CFR § 1910.502(c)(4), per mancata identificazione di tutti i rischi di esposizione correlati al COVID-19 sul posto di lavoro, sarebbero normalmente raggruppate con le violazioni per mancata comunicazione e coordinamento con altri datori di lavoro, cioè, 29 CFR § 1910.502(c)(7)(ii).

- F. Se il datore di lavoro non ha designato un coordinatore per la sicurezza COVID-19 nel suo piano, l'Ufficio di Area può prendere in considerazione una citazione ai sensi del 29 CFR § 1910.502(c)(3). Se vengono accertate carenze nelle conoscenze e competenze del/i coordinatori per la sicurezza COVID-19 in materia di pratiche e principi di controllo delle infezioni, ma sono state rispettate tutte le altre disposizioni della norma, ed è improbabile che tale carenza comporti il mancato rispetto delle pratiche appropriate, l'Ufficio di Area non dovrebbe generalmente emettere alcuna citazione per tali carenze.
- G. Le violazioni per carenze od omissioni nella valutazione dei rischi specifici del luogo di lavoro che non identificano i rischi, le esposizioni, le mansioni o le categorie di lavoratori possono essere citate ai sensi del 29 CFR § 1910.502(c)(4)(i). Per la mancata inclusione di politiche e procedure per determinare lo stato vaccinale dei dipendenti nel piano COVID-19, l'ufficio di zona può emettere una citazione ai sensi del 29 CFR § 1910.502(c)(4)(ii).
- H. Se un datore di lavoro rivendica un'esenzione dallo standard in base allo stato di vaccinazione della forza lavoro e se nel corso dell'ispezione i CSHO documentano la presenza di dipendenti non vaccinati, l'ufficio di zona può emettere citazioni per tutte le carenze riscontrate, incluso il piano COVID-19 e i controlli applicabili (fattibili).
- io. Se le politiche e le procedure sono incluse nel piano scritto ma non implementate, allora deve essere citato il requisito specifico che non è stato implementato, secondo 29 CFR § 1910.502(d)-(n).

E. Screening e gestione dei pazienti/non dipendenti .

Il 29 CFR § 1910.502(d) richiede lo screening e la gestione dei pazienti laddove venga fornita assistenza diretta al paziente (come definito nello standard). I datori di lavoro devono limitare il numero di ingressi alla struttura, sottoporre a screening i pazienti, i residenti e i non dipendenti per i sintomi del COVID-19 e seguire le raccomandazioni del CDC per la prevenzione e il controllo delle infezioni da COVID-19. Queste procedure di screening e gestione devono essere incluse nel piano COVID-19.

1. Guida all'ispezione .

- a. Il presente paragrafo si aggiunge allo screening sanitario per i dipendenti richiesto dal paragrafo 29 CFR § 1910.502(1)(1). Nota: il paragrafo 29 CFR § 1910.502(d) non si applica agli operatori sanitari autorizzati e ai soccorritori che accedono a un ambiente non sanitario o a una residenza privata per fornire servizi sanitari. Il presente paragrafo si applica a

assistenza sanitaria domiciliare a meno che non soddisfino l'esenzione di cui al § 29 CFR 1910.502(a)(2)(v).

- B. Gli operatori sanitari del settore sanitario dovrebbero esaminare una copia del piano COVID-19 della struttura per garantire che siano incluse le procedure di screening e gestione.
- C. Il CSHO dovrebbe documentare le procedure utilizzate per limitare e monitorare i principali punti di ingresso (*per esempio*, l'ingresso principale dell'edificio, il pronto soccorso, l'ingresso della receptionist, il banco degli appuntamenti, la registrazione o il check-in, gli ingressi di collegamento dal parcheggio, le aree di ricevimento e altri ingressi da cui i non dipendenti entrano nella struttura). I CSHO dovrebbero intervistare i dipendenti da vari punti di ingresso (*cioè*, di persona o tramite mezzi a distanza) per verificare il rispetto delle procedure.
- I metodi per limitare l'ingresso alla struttura sono flessibili, ma possono includere l'affissione di cartelli all'ingresso che invitino i pazienti con febbre, sintomi respiratori o altri sintomi di COVID-19 a tornare al proprio veicolo (o a rimanere all'esterno se sono pedoni) e a chiamare il numero di telefono del centro sanitario in modo che possa essere effettuato il triage prima dell'ingresso.
- D. Gli uffici sanitari dovrebbero stabilire come vengono sottoposti a screening i pazienti, i residenti o i visitatori non dipendenti e documentare i risultati. Gli uffici sanitari dovrebbero intervistare la direzione (*per esempio*, la persona responsabile del controllo delle infezioni) quando prende questa decisione.
- e. Esaminare i documenti utilizzati come guida per determinare le procedure di screening implementate. I CSHO dovrebbero ottenere una copia di qualsiasi checklist o protocollo utilizzato per lo screening dei non dipendenti che accedono alla struttura.
- F. I CSHO dovrebbero indagare per determinare se un gruppo di non dipendenti possa essere escluso dal programma di screening del datore di lavoro e documentare che lo screening viene effettuato su tutti i turni.
- Tutti coloro che accedono alla struttura devono sottoporsi a screening per i sintomi del COVID-19, inclusi clienti, pazienti, residenti, fattorini e altri visitatori, nonché altre persone non dipendenti.
 - I metodi di screening possono essere flessibili e possono includere il monitoraggio della temperatura o indagini sanitarie di persona o automonitorate all'arrivo. Le politiche di screening potrebbero includere l'obbligo di igiene delle mani presso le postazioni di screening e l'uso obbligatorio di dispositivi di controllo della fonte (come mascherine) in conformità con le raccomandazioni del CDC per la prevenzione e il controllo delle infezioni (vedere anche il punto h, di seguito) se viene eseguito lo screening di persona. Lo screening può anche includere un sistema di monitoraggio elettronico che richiede ai non dipendenti di autosegnalare sintomi o esposizioni (*per esempio*, assenza di febbre e sintomi di COVID-19, assenza di una diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 nei 10 giorni precedenti e confermare di non essere stati

esposti ad altre persone infette da SARS-CoV-2 nei 14 giorni precedenti l'arrivo presso la struttura.

G. Oltre allo screening, il paragrafo 29 CFR § 1910.502(d)(2) richiede il triage di qualsiasi individuo che potrebbe manifestare sintomi di COVID-19. Gli operatori sanitari del servizio sanitario nazionale dovrebbero informarsi su eventuali protocolli di triage esistenti e sul processo decisionale successivo al triage.

- Il triage consente alla struttura di prendere decisioni in merito alla limitazione dell'accesso, all'isolamento e/o al trasferimento di persone sintomatiche per ulteriori valutazioni mediche, test o trattamenti. Il triage garantisce inoltre un'implementazione più efficace del livello appropriato di dispositivi di protezione individuale e altre protezioni per i dipendenti. La segregazione dei pazienti in ambito sanitario riduce anche le infezioni nosocomiali (contratte in ambito sanitario) per i dipendenti.

H. Gli operatori sociosanitari devono documentare le strategie di gestione dei pazienti, comprese quelle elencate di seguito. Le strategie di gestione dei pazienti devono essere conformi alle Raccomandazioni provvisorie per la prevenzione e il controllo delle infezioni da COVID-19 del CDC per il personale sanitario durante la pandemia di COVID-19 (Coronavirus Disease 2019), datate 23 febbraio 2021, al seguente indirizzo:

https://www.osha.gov/sites/default/files/CDC's_COVID-19_Infection_Prevention_and_Control_Recommendations.pdf

, che è stato incorporato per riferimento in 29 CFR § 1910.509 e può includere:

- Consigliare ai pazienti di indossare una propria forma di controllo della fonte ben aderente prima di entrare nella struttura e adottare misure per garantire che tutti aderiscano alle misure di controllo della fonte (*Vedere* www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-controlrecommendations.html#source-control) e le pratiche di igiene delle mani quando ci si trova in una struttura sanitaria.
- Screening e successivo isolamento dei pazienti che mostrano sintomi di COVID-19 in una sala visita con la porta chiusa per evitare contatti ravvicinati con gli operatori sanitari che non forniscono assistenza diretta a quel paziente; designazione di uno spazio ben ventilato come area di attesa per consentire ai pazienti in attesa e al personale della sala d'attesa di separarsi di almeno 6 piedi, con facile accesso alle forniture per l'igiene respiratoria (*per esempio*, fazzoletti e bidoni della spazzatura);
- Per l'assistenza ospedaliera o residenziale di pazienti COVID-19 positivi o sospetti, collocare il paziente in una stanza singola, se disponibile, oppure, qualora non siano disponibili stanze singole, raggruppare i pazienti con COVID-19 per evitare contatti ravvicinati con gli operatori sanitari che non forniscono assistenza diretta a tali pazienti COVID-19.

NOTA : Lo standard incoraggia i datori di lavoro a utilizzare la telemedicina come mezzo per limitare il numero di persone nella struttura. La telemedicina o telesalute è l'uso di informazioni elettroniche e tecnologie di telecomunicazione per ottenere l'assistenza sanitaria necessaria praticando il distanziamento fisico. Spesso ciò comporta un telefono o un dispositivo con funzionalità Internet. Sebbene la telemedicina riduca al minimo il rischio di trasmissione per il personale sanitario e i pazienti, può anche ridurre il carico sulle forniture di dispositivi di protezione individuale. Se il datore di lavoro necessita di assistenza con la telemedicina, gli operatori sanitari dovrebbero indirizzarlo al sito web del CDC: www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/guidance-hcf.

2. Guida alla citazione .

- a. Se i CSHO riscontrano carenze in una qualsiasi parte del paragrafo 29 CFR § 1910.502(d) (ad eccezione della telemedicina), citare la disposizione applicabile nel paragrafo 29 CFR § 1910.502(d).

NOTA: La raccomandazione sulla telemedicina è una parte facoltativa della norma e pertanto non può essere citata. Tuttavia, può costituire una forma di attenuazione per una citazione ai sensi del 29 CFR § 1910.502(d)(2) se il datore di lavoro non gestisce adeguatamente i pazienti per ridurre al minimo il rischio di trasmissione ai dipendenti.

- B. Se il datore di lavoro non ha incluso lo screening e la gestione dei pazienti nel piano COVID-19 scritto, l'ufficio di zona può citare tale carenza e raggruppare tale citazione con carenze specifiche di questo paragrafo se non sono stati forniti lo screening e/o la gestione dei pazienti.
- C. Se i dipendenti con responsabilità dirette di assistenza ai pazienti non sono formati sullo screening e la gestione dei pazienti, 29 CFR § Dovrebbe essere citato 1910.502(n)(1)(ii).

F. Precauzioni standard e basate sulla trasmissione .

29 CFR § 1910.502(e) stabilisce i requisiti per i datori di lavoro per sviluppare e implementare politiche e procedure per precauzioni standard e basate sulla trasmissione.

1. Guida all'ispezione .

- a. In conformità con 29 CFR § 1910.502(e)(1), i datori di lavoro in contesti in cui vengono forniti servizi sanitari o servizi di supporto sanitario, devono sviluppare e implementare politiche e procedure per aderire alle precauzioni standard e basate sulla trasmissione in conformità con “ [Linee guida del CDC per le precauzioni di isolamento](#) ,” datato 2007, che è incorporato per riferimento come specificato in 29 CFR § 1910.509.
- Ogni ufficio di zona deve assicurarsi che i CSHO abbiano familiarità con le linee guida sopra menzionate prima di effettuare le ispezioni.

- B. I CSHO dovrebbero richiedere le politiche e le procedure basate sulla trasmissione e condurre colloqui con i rappresentanti dei datori di lavoro designati. Condurre colloqui con i dipendenti per determinare se il datore di lavoro ha sviluppato e implementato tali politiche e procedure. Documentare se il datore di lavoro ha sviluppato e implementato tali politiche e procedure.

2. Guida alla citazione .

Se i CSHO stabiliscono che le politiche e le procedure richieste dal 29 CFR § 1910.502(e) non sono state sviluppate o implementate, l'ufficio di zona può valutare l'emissione di una citazione ai sensi del 29 CFR § 1910.502(e).

G. Dispositivi di protezione individuale .

29 CFR § 1910.502(f) stabilisce i requisiti per i datori di lavoro del settore sanitario per fornire e garantire l'uso di DPI, come mascherine, occhiali protettivi, camici in conformità con la sottoparte I. Questa sezione copre anche i requisiti di protezione respiratoria e l'applicabilità di 29 CFR § 1910.134.

Il 29 CFR § 1910.502(f)(1) richiede che ciascun dipendente fornisca e indossi un numero sufficiente di mascherine protettive conformi alle definizioni dello standard, coprendo naso e bocca quando si trova in ambienti chiusi e quando viaggia in un veicolo con un'altra persona per motivi di lavoro. I datori di lavoro possono consentire ai dipendenti di indossare le proprie mascherine protettive, purché rispettino le stesse specifiche.

Il datore di lavoro può fornire o consentire ai dipendenti di fornire i propri respiratori al posto delle mascherine. Laddove vengano utilizzati respiratori al posto delle mascherine obbligatorie, si applicherà il 29 CFR § 1910.504.

1. Guida all'ispezione .

- a. Gli uffici di sicurezza e di pronto soccorso dovrebbero determinare se l'uso delle mascherine è obbligatorio ai sensi della norma, *cioè*, in cui gli operatori sanitari lavorano al chiuso in presenza di altre persone o viaggiano in un veicolo con un'altra persona per motivi di lavoro. Questo non include gli spostamenti casa-lavoro.

NOTA: Il paragrafo 29 CFR § 1910.502(f)(3)(1)(iii) consente eccezioni all'uso obbligatorio delle mascherine nelle seguenti circostanze: (A) quando un lavoratore è solo in una stanza; (B) quando i dipendenti stanno mangiando e sono separati di almeno 6 piedi l'uno dall'altro o con barriere; (C) quando i lavoratori indossano respiratori; (D) quando le mascherine impediscono la comunicazione (*per esempio*, comunicazione con persone sorde o ipoacusiche); (E) quando i dipendenti hanno controindicazioni mediche; o (F) quando la mascherina crea un rischio maggiore. Ove possibile, devono essere adottate misure alternative, come l'uso di una visiera trasparente, laddove sussistano queste eccezioni. Tuttavia, per le eccezioni DF, se sussistono altre problematiche relative al controllo delle infezioni che limitano la capacità del datore di lavoro di implementare l'uso di una visiera trasparente in alternativa alle mascherine, dovrebbero essere prese in considerazione e fornite altre opzioni alternative, come i PAPR.

- B. Gli operatori sanitari dovrebbero valutare la possibilità di richiedere al datore di lavoro di fornire un campione di mascherina per l'esame. Gli operatori sanitari dovrebbero fare riferimento all'etichettatura del prodotto per verificare il tipo/i di mascherina/e in uso presso la struttura, nonché la marca, il/i modello/i, la taglia e qualsiasi altro riferimento di approvazione. Anche le fatture di acquisto o le scorte non aperte (scatole) del prodotto possono soddisfare questo requisito.
- C. Laddove i datori di lavoro consentano ai dipendenti di utilizzare le proprie mascherine, i CSHO (Servizi per la Salute e la Sicurezza) devono assicurarsi che queste soddisfino i requisiti richiesti. Si noti che i datori di lavoro non sono tenuti a rimborsare le mascherine fornite dai dipendenti. Tuttavia, i CSHO (Servizi per la Salute e la Sicurezza) devono stabilire se e in che modo il datore di lavoro abbia garantito che le mascherine fornite dai dipendenti siano conformi ai requisiti.
- D. Gli addetti alla sicurezza e al controllo del personale devono osservare il posizionamento delle mascherine durante la fase di controllo, annotando eventuali casi di posizionamento non corretto delle mascherine.
- e. Laddove vengano fornite/utilizzate mascherine, i CSHO dovrebbero verificare se il datore di lavoro garantisce che i dipendenti le cambino almeno una volta al giorno e se le sostituisce se sporche o danneggiate. Nei luoghi di lavoro in cui le mascherine possono bagnarsi, sporcarsi o danneggiarsi e richiedere una sostituzione più frequente, i datori di lavoro possono fornire visiere protettive da indossare sopra le mascherine per ridurre la frequenza dei cambi durante la giornata lavorativa.
- F. Laddove il datore di lavoro richieda l'uso di visiere protettive, gli addetti alla sicurezza e alla salute sul lavoro devono verificare che le visiere protettive vengano pulite almeno una volta al giorno e che non presentino danni, crepe o vuoti.
- G. Gli operatori sanitari dovrebbero valutare l'uso dei respiratori per garantire che siano utilizzati in conformità con 29 CFR § 1910.134 e altri DPI (*per esempio*, guanti, camici isolanti o indumenti protettivi, protezione per gli occhi), per garantire che venga utilizzato in conformità con la Sottoparte I, quando i dipendenti sono esposti a una persona sospetta o nota positiva al COVID-19 come richiesto da 29 CFR § 1910.502(f)(2).
- Se i documenti e/o le interviste forniscono prove che i dipendenti non sono protetti in conformità con lo standard mentre sono esposti a individui sospetti o noti positivi al COVID-19, i CSHO devono annotare i risultati e raccogliere prove in merito alla descrizione, alla frequenza e alla durata delle attività specifiche.
- H. Gli operatori sanitari dovrebbero valutare se le attrezzature di protezione richieste da 29 CFR § 1910.502(f)(3) (respiratore, guanti, camice isolante o indumenti protettivi e protezione per gli occhi) sono fornite e utilizzate per le procedure che generano aerosol.
- Quando vengono eseguite procedure che generano aerosol su un paziente sospettato o confermato positivo al COVID-19, il datore di lavoro deve fornire dispositivi di protezione respiratoria in

in conformità con 29 CFR § 1910.134.

NOTA: fare riferimento a 29 CFR § 1910.502(g) per ulteriori requisiti durante le procedure di generazione di aerosol.

- io. Il 29 CFR § 1910.502(f)(4) consente al datore di lavoro di fornire un respiratore (o consentire al dipendente di fornire il proprio) al posto di una maschera facciale per le condizioni coperte dal 29 CFR § 1910.502(f)(1)(i) o 29 CFR § 1910.502(f)(1)(ii). Tuttavia, il datore di lavoro deve attenersi ai requisiti per un programma di protezione respiratoria mini-specifica di cui al 29 CFR § 1910.504.
- J. 29 CFR § 1910.502(f)(5) richiede che i datori di lavoro forniscano respiratori e DPI per le precauzioni standard e basate sulla trasmissione in conformità con le linee guida del CDC per le precauzioni di isolamento e la sottoparte I.

NOTA 1: "Maschera facciale", come definita nel paragrafo (b) della norma, è un termine utilizzato dall'OSHA e non è sinonimo dello stesso termine quando utilizzato dalla FDA. È importante notare le differenze quando si verifica che la mascherina facciale fornita sia autorizzata o autorizzata da un'autorizzazione di emergenza (EUA) della FDA per l'uso in conformità al paragrafo (b) di questa sezione. L'OSHA si riferisce a queste mascherine chirurgiche autorizzate o autorizzate come "mascherine facciali". Vedere anche www.fda.gov/medical-devices/coronavirus-covid-19-and-medical-devices/face-masks-including-surgical-masks-and-respirators-covid-19.

NOTA 2: Il termine "sospetto", ai fini del presente standard, segue le raccomandazioni provvisorie del CDC per la prevenzione e il controllo delle infezioni per il personale sanitario durante la pandemia di coronavirus 2019 (COVID-19): www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/infection-control-recommendations.

2. Guida alla citazione.

- a. Una violazione grave può essere considerata quando le prove supportano carenze associate a uno qualsiasi dei sottoparagrafi del 29 CFR § 1910.502(f)(1) e possono essere raggruppate. Ad esempio:
 - Quando sono richieste le mascherine, se le mascherine fornite dal datore di lavoro (o quelle a cui i dipendenti sono autorizzati a fornire facoltativamente le proprie) non soddisfano le specifiche richieste, è necessaria una citazione per 29 CFR §
Dovrebbe essere emesso il provvedimento 1910.502(f)(1).
 - Qualora il datore di lavoro fornisca mascherine riutilizzabili, se i CSHO stabiliscono che i dipendenti non sono in grado di ottenere mascherine pulite almeno una volta al giorno, e sostituzioni se le loro mascherine attuali si sporcano o si danneggiano, e sostituzioni con la frequenza specificata dal produttore, l'ufficio di zona può emettere una citazione per 29 CFR § 1910.502(f)(1)(ii).
- B. L'ufficio di zona può citare 29 CFR § 1910.502(f)(2)(i) quando i respiratori non vengono forniti quando i dipendenti sono esposti a persone sospette o confermate di COVID-19. Nelle situazioni in cui i respiratori non vengono utilizzati in conformità con 29 CFR § 1910.134,

L'ufficio di zona può raggruppare 29 CFR § 1910.502(f)(2)(i) con i paragrafi applicabili 29 CFR § 1910.134.

- C. Quando l'esposizione dei dipendenti a individui sospetti o confermati di COVID-19 è documentata e il datore di lavoro non fornisce DPI come guanti, camici isolanti o indumenti protettivi e/o protezioni per gli occhi, gli Uffici di Area possono citare 29 CFR § 1910.502(f)(2)(ii). Se ai dipendenti vengono forniti dispositivi di protezione individuale, ma questi non vengono utilizzati o mantenuti in conformità con 29 CFR § 1910 Sottoparte I, l'Ufficio di Area può citare 29 CFR § 1910.502(f)(2)(ii) e raggruppare il rispettivo paragrafo della Sottoparte I.
- D. In conformità con 29 CFR § 1910.502(f)(4), laddove i respiratori non siano richiesti ma il datore di lavoro fornisce o consente ai dipendenti di fornire i propri respiratori al posto delle mascherine obbligatorie, il datore di lavoro deve conformarsi a 29 CFR § 1910.504. Nella maggior parte delle situazioni in cui un datore di lavoro non consente a un dipendente di utilizzare i propri respiratori al posto delle mascherine, le violazioni di 29 CFR § 1910.502(f)(4) (ii) comporterebbero una violazione non grave (*cioè*, dove i dipendenti ricevono e utilizzano mascherine.) I rispettivi standard 29 CFR § 1910.504 possono essere citati e raggruppati di conseguenza. Nota: sebbene il 29 CFR § 1910.504 non richieda un programma scritto separato per l'uso di respiratori, l'uso facoltativo di respiratori, al posto delle mascherine obbligatorie, deve essere affrontato nel piano COVID-19.
- e. Nei casi in cui la presente norma prescrive l'uso di respiratori e/o altri DPI, la mancata fornitura o garanzia del loro utilizzo da parte del datore di lavoro dovrebbe normalmente essere classificata come grave.

H. Procedure di generazione di aerosol .

Il 29 CFR § 1910.502(g) descrive i requisiti per la limitazione del personale, l'uso di AIIR e la pulizia/disinfezione per le procedure che generano aerosol su una persona con COVID-19 sospetto o confermato. Le procedure che generano aerosol presentano un rischio molto elevato di esposizione a infezioni respiratorie. I lavoratori in un'ampia gamma di contesti, come soccorritori, operatori sanitari, tecnici di laboratorio e operatori mortuari, sono a rischio durante le procedure che generano aerosol. Le procedure che generano aerosol rientrano nell'ambito di applicazione della norma, sono descritte nel 29 CFR § 1910.502(b). *Definizioni*.

1. Guida all'ispezione .

- a. 29 CFR § 1910.502(g)(1): gli uffici sanitari del personale sanitario dovrebbero determinare se il numero di personale presente durante le procedure che generano aerosol su pazienti sospetti o confermati di COVID-19 è limitato in modo tale che siano presenti solo i dipendenti essenziali per l'assistenza al paziente e la procedura.
- B. 29 CFR § 1910.502(g)(2): Gli operatori sanitari del settore sanitario dovrebbero documentare la disponibilità di una AIIR durante una procedura che genera aerosol.

Il datore di lavoro deve fornire una giustificazione nel caso in cui non venga utilizzata una AIIR disponibile durante una procedura che genera aerosol su un paziente con sospetto o confermato COVID-19.

- L'ufficio di zona, in coordinamento con l'ufficio regionale, dovrebbe consultare l'ufficio di medicina del lavoro e infermieristica (OOMN), se necessario, per prendere decisioni sulle limitazioni del personale medico durante le procedure che generano aerosol o sull'uso appropriato delle AIIR.
- Consultare le ulteriori linee guida AIIR reperibili nelle sezioni [IX.C.7](#), Procedure di ispezione generale e [IX.L](#), Ventilazione, di questa Direzione.

C. Gli operatori sanitari devono verificare che le procedure di pulizia e disinfezione vengano eseguite nella stanza o nell'area in cui sono state eseguite procedure che generano aerosol su pazienti affetti da COVID-19. Tali procedure di pulizia e disinfezione devono essere conformi al 29 CFR § 1910.502(j)(1).

2. Guida alla citazione .

a. Se gli uffici sanitari del servizio sanitario nazionale stabiliscono che il numero di personale presente durante le procedure di generazione di aerosol su pazienti sospetti o confermati affetti da COVID-19 non è limitato, può essere emessa una citazione del paragrafo 29 CFR § 1910.502(g)(1).

B. Se i CSHO stabiliscono che le procedure di generazione di aerosol su pazienti sospetti o confermati di COVID-19 non vengono eseguite nelle AIIR disponibili, può essere emessa una citazione del paragrafo 29 CFR § 1910.502(g)(2).

C. Ad eccezione del 29 CFR § 1910.502(g)(3), in genere le violazioni emesse per questi sottoparagrafi daranno luogo a una violazione singola e non raggruppata. Le violazioni emesse per il 29 CFR § 1910.502(g)(3) possono essere raggruppate con il sottoparagrafo appropriato nel 29 CFR § 1910.502(j).

IO. Distanziamento fisico .

1. Guida all'ispezione .

a. Il 29 CFR § 1910.502(h) impone ai datori di lavoro di garantire il distanziamento fisico tra i dipendenti. I CSHO devono stabilire, attraverso colloqui tra datori di lavoro e dipendenti, le modalità con cui il datore di lavoro garantisce il mantenimento del distanziamento fisico tra i dipendenti e la rapidità con cui vengono intraprese azioni correttive, se/quando necessario. Questa disposizione non si applica all'esposizione momentanea mentre le persone sono in movimento (*per esempio*, passando nei corridoi o nelle corsie) o per brevi interazioni dettate da necessità operative (*per esempio*, controllo dei parametri vitali del paziente o monitoraggio delle apparecchiature). Il datore di lavoro deve garantire che ciascun dipendente sia separato da tutte le altre persone di almeno 6 piedi, a meno che il datore di lavoro non possa dimostrare che tale distanziamento fisico non è fattibile per un'attività specifica (*per esempio*,

assistenza diretta al paziente).

Il distanziamento fisico può includere metodi quali: telelavoro o altre modalità di lavoro a distanza; riduzione del numero di persone, compresi i visitatori, presenti contemporaneamente in un'area; indicazioni visive come cartelli e segnaletica sul pavimento per indicare dove devono trovarsi i dipendenti e gli altri o la loro direzione e percorso di viaggio; orari scaglionati di arrivo, partenza, lavoro e pausa; e processi o procedure di lavoro modificati, per consentire una maggiore distanza tra i dipendenti.

- B. Gli addetti alla sicurezza sul lavoro (CSHO) devono stabilire se il datore di lavoro ha designato aree per mangiare e bere con spazio sufficiente per consentire il distanziamento fisico o installare barriere fisiche appropriate.
- C. Per attività diverse dall'assistenza diretta ai pazienti, se un datore di lavoro sostiene che non è fattibile separare i dipendenti, i CSHO dovrebbero intervistarlo per determinare perché il distanziamento fisico non è fattibile e quali misure alternative sono state implementate. I CSHO dovrebbero richiedere qualsiasi documentazione pertinente a supporto della posizione del datore di lavoro in merito all'impossibilità di farlo e documentarla nel fascicolo.
- D. Quando il datore di lavoro stabilisce che non è possibile per un dipendente mantenere una distanza di almeno 6 piedi da tutte le altre persone, deve assicurarsi che il dipendente sia il più lontano possibile e implementare i restanti livelli di controlli sovrapposti, tra cui barriere fisiche, controllo della fonte, igiene delle mani e ventilazione, richiesti dalla norma per ridurre il rischio di trasmissione del COVID-19.

Gli operatori sanitari devono acquisire foto e misurazioni durante il sopralluogo dell'area interessata, se necessario, per documentare la disposizione degli spazi di lavoro e il distanziamento fisico tra le persone. Gli operatori sanitari devono garantire che la privacy dei residenti/pazienti sia tutelata prima di scattare foto durante il sopralluogo.

- e. Laddove l'AD abbia autorizzato un'ispezione esclusivamente a distanza, i CSHO dovrebbero richiedere al datore di lavoro le misurazioni e le fotografie pertinenti delle aree di lavoro insieme alla disposizione dello spazio di lavoro (*per esempio*, da uno schema del piano di fuga di emergenza o da una planimetria), i CSHO dovrebbero proseguire con i colloqui con i dipendenti per verificare l'attuazione delle misure di distanziamento fisico.

2. Guida alla citazione .

- a. Se il datore di lavoro non ha istituito misure di distanziamento fisico praticabili, o se le misure adottate sono inadeguate, valutare l'emissione di una citazione ai sensi del 29 CFR § 1910.502(h)(1).
- B. Se, nel corso dell'ispezione, il CSHO determina che i dipendenti non erano fisicamente distanziati e che il datore di lavoro non stava rispettando altre sezioni della norma, come indossare

mascherina o protezione respiratoria, l'Ufficio di Area dovrebbe emettere una citazione ai sensi del 29 CFR § 1910.502(h) e potrebbe valutare di raggrupparla con le altre sezioni dello standard che non sono state implementate, se l'abbattimento è lo stesso. Nota: i controlli alla fonte (come mascherine e coperture per il viso) non sostituiscono il distanziamento fisico. Entrambe le pratiche dovrebbero essere utilizzate insieme, ove possibile, con altre misure di protezione come parte di una strategia di prevenzione delle infezioni a più livelli.

J. Barriere fisiche .

Il 29 CFR § 1910.502(i) stabilisce i requisiti per la creazione di barriere fisiche tra i dipendenti nelle postazioni di lavoro fisse, al fine di bloccare i percorsi faccia a faccia tra le persone in base alla posizione in cui ciascuna persona normalmente starebbe in piedi o seduta. Le barriere fisiche non sono richieste nelle aree di assistenza diretta ai pazienti o nelle stanze dei residenti.

1. Guida all'ispezione .

- a. In ogni postazione di lavoro fissa al di fuori delle aree di cura diretta dei pazienti, in cui ciascun dipendente non è separato da tutte le altre persone da almeno 6 piedi di distanza, il datore di lavoro deve installare barriere solide e lavabili, salvo nei casi in cui il datore di lavoro possa dimostrare che ciò non è fattibile sul posto di lavoro.

I CSHO devono accertare, attraverso interviste e osservazioni con i dipendenti, la presenza di barriere ove opportuno. I CSHO devono valutare se le barriere sono ad un'altezza adeguata e posizionate in modo da impedire i previsti percorsi di incontro tra le persone.

- B. Le barriere non devono creare altri pericoli, come ad esempio ostacolare l'uscita dei dipendenti da un'area in caso di emergenza. Per ulteriori considerazioni, consultare la parte 29 del CFR §1910, sottoparte E - Vie di uscita e pianificazione di emergenza.
- C. Nei casi in cui il Direttore di zona abbia autorizzato ispezioni effettuate esclusivamente a distanza, i CSHO devono richiedere le misurazioni e le fotografie pertinenti dell'area e proseguire con colloqui con i dipendenti per verificare e documentare l'implementazione delle barriere.
- D. Se un datore di lavoro sostiene che non è fattibile separare i dipendenti con barriere in luoghi fissi in cui i dipendenti non sono separati da distanziamento fisico, i CSHO dovrebbero determinare quali misure alternative sono state implementate e documentarle nel fascicolo. I CSHO dovrebbero richiedere qualsiasi documentazione pertinente a supporto della posizione del datore di lavoro in merito all'impossibilità di farlo.

2. Guida alla citazione .

- a. Laddove il distanziamento fisico non sia fattibile e se un datore di lavoro non ha installato barriere adeguate, l'ufficio di zona può citare 29 CFR § 1910.502(i).

- B. Nelle rare situazioni in cui sia il distanziamento fisico che le barriere fisiche non sono praticabili, i datori di lavoro possono comunque implementare i restanti livelli di controlli sovrapposti, tra cui mascherine o respiratori, igiene delle mani e ventilazione, richiesti dalla norma per ridurre il rischio di trasmissione del COVID-19.
- C. Se il CSHO stabilisce che le barriere fisiche non sono state installate ove possibile e che il datore di lavoro non ha rispettato altre sezioni della norma, come l'uso di mascherine o protezioni respiratorie, l'ufficio di zona può emettere una citazione ai sensi del 29 CFR § 1910.502(i). In alcuni casi, l'ufficio di zona può raggruppare la citazione con le altre sezioni appropriate della norma.

K. Pulizia e disinfezione .

Il 29 CFR § 1910.502(j) stabilisce i requisiti per la pulizia e la disinfezione. Pulizia e disinfezione non sono la stessa cosa. Consultare la sezione sulle definizioni. Le superfici e le attrezzature ad alto contatto devono essere pulite almeno una volta al giorno, seguendo le istruzioni del produttore per l'applicazione dei detergenti. Inoltre, quando una persona positiva al COVID-19 è stata sul posto di lavoro nelle ultime 24 ore, il datore di lavoro è tenuto a pulire e disinfettare. Il datore di lavoro deve inoltre fornire un disinfettante per le mani a base di alcol con almeno il 60% di alcol o fornire strutture per il lavaggio delle mani facilmente accessibili.

1. Guida all'ispezione .

- a. I CSHO dovrebbero determinare se il datore di lavoro sta pulendo ambienti ad alta
Toccare le aree e le attrezzature almeno una volta al giorno e verificare se la pulizia è conforme alle linee guida del CDC e alle istruzioni dei produttori dei detergenti utilizzati. Alcuni esempi di superfici ad alto contatto includono, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, tavoli, maniglie delle porte, interruttori della luce, piani di lavoro, maniglie, scrivanie, telefoni, tastiere, servizi igienici, rubinetti, lavandini e touch screen.
- B. Gli operatori sanitari dovrebbero determinare se la pulizia e la disinfezione vengono eseguite quando una persona positiva al COVID-19 è stata sul posto di lavoro nelle ultime 24 ore e devono determinare se ciò viene fatto in conformità con le istruzioni del CDC: ["Guida alla pulizia e alla disinfezione"](#) (incorporato per riferimento, 29 CFR § 1910.509(b)(1)). Gli uffici di salute e sicurezza sul lavoro dovrebbero richiedere documentazione come il registro COVID-19 del datore di lavoro o verificarla tramite interviste quando determinano se persone positive al COVID-19 sono state sul posto di lavoro.
- C. I CSHO dovrebbero intervistare un numero sufficiente di dipendenti interessati su più turni (ove applicabile) come parte della valutazione complessiva degli sforzi del datore di lavoro per garantire che vengano eseguite le operazioni di pulizia e disinfezione (ove appropriato).
- D. In un contesto sanitario, la pulizia e la disinfezione potrebbero essere necessarie frequentemente durante il giorno. Questa sezione richiede che nelle aree di cura dei pazienti, nelle stanze dei residenti e per i dispositivi medici e

attrezzature, il datore di lavoro deve seguire le pratiche standard per la pulizia e la disinfezione delle superfici e delle attrezzature in conformità con le " [Raccomandazioni per la prevenzione e il controllo delle infezioni da COVID-19](#) " e del CDC " [Linee guida per il controllo delle infezioni ambientali](#) , " pp. 86-103, 147-149 (entrambi incorporati per riferimento, 29 CFR § 1910.509(b)(4)). Gli uffici preposti alla sicurezza e all'igiene sul lavoro (CSHO) dovrebbero determinare se i datori di lavoro seguono le istruzioni dei produttori per l'applicazione di detergenti e disinfettanti.

- e. Gli operatori sanitari dovrebbero verificare se sul posto di lavoro sono facilmente disponibili strutture per il lavaggio delle mani o se vengono forniti prodotti per l'igiene delle mani a base di alcol che contengano almeno il 60% di alcol.

2. Guida alla citazione .

- a. Se i CSHO documentano che il datore di lavoro non ha preso misure per pulire e disinfettare la struttura in conformità con lo standard, l'Area L'ufficio dovrebbe emettere una citazione per 29 CFR § 1910.502(j)(1) e (j)(2), se del caso.
- B. Se il datore di lavoro era a conoscenza della presenza di una persona positiva al COVID-19 nell'area di lavoro nelle ultime 24 ore e non ha effettuato la pulizia e la disinfezione in conformità con le linee guida del CDC, può essere emessa una citazione ai sensi del 29 CFR § 1910.502 (j)(2)(ii). In conformità con le linee guida del CDC, se sono trascorsi più di tre (3) giorni da quando la persona malata o a cui è stata diagnosticata la malattia è stata sul posto di lavoro, la pulizia e la disinfezione non saranno necessarie. Non sussisterebbe una violazione se il datore di lavoro isolasse l'area di lavoro interessata e ne limitasse l'accesso per almeno tre giorni dopo la presenza di una persona positiva al COVID-19.
- C. Laddove sia richiesta la disinfezione, se i CSHO documentano che il datore di lavoro non ha utilizzato un disinfettante EPA "Elenco N" per il Coronavirus o una soluzione di candeggina, l'ufficio di zona dovrebbe emettere una citazione per 29 CFR § 1910.502(j)(1) e/o (j)(2)(ii).
- D. Se i CSHO stabiliscono che il datore di lavoro non ha seguito le pratiche standard e le raccomandazioni e le linee guida per la prevenzione e il controllo delle infezioni da COVID-19 del CDC per il controllo delle infezioni ambientali durante la pulizia e la disinfezione delle superfici e delle attrezzature nelle aree di cura dei pazienti, nelle stanze dei residenti e nei dispositivi medici, l'ufficio di zona deve citare 29 CFR § 1910.502(j)(1).
- e. Se i CSHO stabiliscono che la pulizia e la disinfezione sono state inadeguate, cioè, non ha seguito le istruzioni dei produttori di prodotti chimici per la pulizia/ disinfezione per quanto riguarda il tempo di permanenza sulle superfici, l'ufficio di zona dovrebbe citare 29 CFR § 1910.502(j)(2)(i).
- F. Se i CSHO documentano che il datore di lavoro non ha fornito strutture adeguate per il lavaggio delle mani o soluzioni per l'igiene delle mani a base di alcol contenenti almeno il 60% di alcol, l'ufficio di zona dovrebbe citare il 29 CFR §

1910.502(j)(3).

L. Ventilazione .

Il 29 CFR § 1910.502(k) stabilisce i requisiti per i sistemi di ventilazione e si applica ai datori di lavoro che possiedono o gestiscono edifici o strutture con sistemi di riscaldamento, ventilazione e condizionamento dell'aria (HVAC) esistenti. Questa sezione non richiede l'installazione di nuovi sistemi HVAC o AIIR per l'assistenza sanitaria per sostituire o potenziare i sistemi funzionanti. Vedere [Sezione H](#) sulle procedure di generazione di aerosol e [Appendice A](#) per ulteriori informazioni sulle AIIR.

1. Guida all'ispezione .

a. Laddove i datori di lavoro possiedano o controllino edifici o strutture con un sistema di riscaldamento, ventilazione e aria condizionata (HVAC) esistente sistemi e AIIR, i CSHO dovrebbero valutare se i datori di lavoro hanno implementato e mantenuto i controlli di ventilazione al fine di soddisfare i requisiti di questa sezione. Gli igienisti industriali degli impianti, il personale addetto alla manutenzione degli edifici e il personale ingegneristico degli impianti dovrebbero essere intervistati per determinare se questi sistemi vengono utilizzati e mantenuti in conformità con le istruzioni del produttore e le specifiche di progettazione.

B. In ambito sanitario, il personale addetto all'ingegneria di struttura può essere certificato dall'American Society of Heating, Refrigerating and Air-Conditioning Engineers (ASHRAE) come responsabile della progettazione di strutture sanitarie e/o addetto all'ambiente fisico sanitario certificato, e dovrebbe essere sottoposto a un colloquio. Gli ingegneri addetti alla progettazione di strutture sanitarie dovrebbero esaminare la documentazione per verificare la manutenzione e il collaudo delle camere di isolamento acustico in ambito sanitario, ove necessario.

C. I datori di lavoro devono garantire che gli impianti HVAC esistenti, compresi quelli presenti nelle sale visita e nelle camere di isolamento acustico (AIIR), siano utilizzati in conformità con le istruzioni e le specifiche dei produttori di impianti HVAC. I datori di lavoro devono massimizzare l'aria esterna, utilizzare filtri dell'aria con classe di protezione MERV 13 o superiore, ove richiesto, e compatibili con gli impianti HVAC, effettuare la manutenzione e la sostituzione dei filtri e garantire che le prese d'aria siano libere da detriti. I CSHO devono richiedere ed esaminare la documentazione, come i programmi e i registri di manutenzione degli impianti HVAC e di sostituzione dei filtri, per garantire che gli impianti siano sottoposti a corretta manutenzione e che i filtri dell'aria vengano sostituiti secondo necessità. I CSHO devono inoltre richiedere ed esaminare gli ordini di acquisto, che possono indicare i tipi di filtri compatibili e le relative classificazioni di efficienza.

D. Gli operatori sanitari devono ispezionare visivamente le prese d'aria per verificarne la pulizia e l'assenza di detriti e, se necessario, consultare il Salt Lake Technical Center (SLTC) per assistenza nella valutazione dell'adeguatezza dei sistemi di ventilazione. Gli operatori sanitari possono anche consultare le linee guida ASHRAE sull'argomento, disponibili all'indirizzo <https://www.ashrae.org/technicalresources/filtration-disinfection#replacement>.

NOTA: Oltre ai requisiti per i sistemi HVAC esistenti, tutti i datori di lavoro dovrebbero anche prendere in considerazione altre misure per migliorare la ventilazione in conformità con le "Linee guida sulla ventilazione del CDC", www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/ventilation. Ciò potrebbe includere la massimizzazione della ventilazione negli edifici privi di sistemi HVAC o nei veicoli.

2. Guida alla citazione .

- a. Se i CSHO stabiliscono che il datore di lavoro non sta implementando e/o mantenendo adeguatamente il proprio sistema di ventilazione e i filtri, devono essere citate le violazioni previste dal paragrafo specifico di questa sezione. Ciò include osservazioni su sistemi HVAC non sottoposti a manutenzione secondo le istruzioni del produttore, utilizzo di sistemi di filtrazione inadeguati e/o prese d'aria ostruite da detriti.
- B. Le violazioni possono essere raggruppate se sono state identificate più di una carenza nel sistema HVAC o nelle AIIR. Le citazioni per questo paragrafo dovrebbero normalmente essere classificate come gravi quando i dipendenti sono risultati positivi al COVID-19. Vedere anche le sezioni su [Gestione del paziente](#) , su [Procedure di generazione di aerosol](#) , e [Appendice A](#) - Specifiche aggiuntive per le AIIR.

M. Screening sanitario dei dipendenti e gestione medica .

1. Guida all'ispezione per lo screening e la notifica dei sintomi :

- UN. *Screening.* In conformità con il 29 CFR § 1910.502(l)(1)(i)-(ii), i datori di lavoro devono sottoporre a screening ogni dipendente prima di ogni giornata lavorativa e di ogni turno. Attraverso colloqui e revisione delle cartelle cliniche, i CSHO devono determinare se vengono effettuati screening per i sintomi del COVID-19 prima di ogni giornata lavorativa e di ogni turno.
- Ogni giornata lavorativa si riferisce a un giorno o turno di 8 ore. Ad esempio, se un dipendente entra in azienda al mattino, lavora per 8 ore, poi esce, ma torna più tardi durante le stesse 24 ore per lavorare nel turno di notte, sono necessari due screening, uno per ogni volta che il dipendente inizia una nuova giornata lavorativa o un nuovo turno.
 - I metodi di screening possono essere flessibili. I datori di lavoro possono sottoporre i dipendenti a screening di persona o chiedere loro di automonitorarsi prima di presentarsi al lavoro. Alcuni metodi accettabili di screening e automonitoraggio per il COVID-19 includono controlli della temperatura, questionari per i dipendenti e app di screening elettroniche.
 - Il personale addetto allo screening sanitario potrebbe dover essere a stretto contatto fisico con i dipendenti durante lo screening di persona. Per garantire la protezione degli addetti allo screening e dei dipendenti in attesa di screening, il datore di lavoro deve continuare a rispettare tutti i requisiti di questo standard in materia di distanziamento fisico, barriere fisiche e utilizzo di mascherine o altri dispositivi di controllo delle fonti. Screening

Il personale può utilizzare termometri digitali senza contatto. Si prega di notare che durante il turno di lavoro, i dipendenti devono indossare almeno la mascherina, in conformità con il 29 CFR § 1910.502(f)(1)(i), o protezione respiratoria come dettato dal tipo di assistenza al paziente in cui sono impegnati.

- Se il datore di lavoro richiede un test COVID-19, questo deve essere fornito gratuitamente al dipendente. In tali casi, i CSHO devono verificare che il datore di lavoro non richieda ai dipendenti di pagare per i test di screening.
- I registri dei risultati dei test sono cartelle cliniche e devono essere gestiti in conformità con 29 CFR § 1910.1020. I registri di screening, come le letture della temperatura o le risposte alle domande di screening dei sintomi, che vengono creati o conservati da un medico, un infermiere, altro personale sanitario o un tecnico sono anch'essi considerati cartelle cliniche dei dipendenti, come definito da 29 CFR § 1910.1020. I CSHO devono verificare che tali registri siano conservati in conformità con 29 CFR § 1910.1020(d)(1)(i) (*cioè*, i registri devono essere generalmente conservati e mantenuti almeno per la durata dell'impiego dei lavoratori, più 30 anni).

B. *Notifica dei sintomi:* In conformità con il 29 CFR § 1910.502(l)(2)(i)-(iv), il datore di lavoro deve richiedere ai dipendenti di informare tempestivamente il datore di lavoro di un test COVID-19 positivo confermato, di una diagnosi o di un sospetto segnalato di infezione da COVID-19 da un operatore sanitario autorizzato, o di sintomi gravi come perdita del gusto, perdita dell'olfatto o febbre alta ($\geq 100,4^{\circ}$ F) associata a tosse inspiegabile. La notifica tempestiva al datore di lavoro significa il prima possibile dopo che il dipendente è venuto a conoscenza di essere affetto da una o più delle condizioni segnalabili.

In conformità con il 29 CFR § 1910.502(l)(3)(i)(A)-(C), il datore di lavoro deve informare tutti i dipendenti entro 24 ore dal momento in cui viene a conoscenza di esposizioni al COVID-19 sul posto di lavoro. I datori di lavoro devono informare i datori di lavoro interessati e i dipendenti che non indossavano un respiratore dei loro contatti stretti con una persona positiva al COVID-19 e devono includere la/le data/e in cui si è verificato il contatto e il luogo in cui la persona infetta si trovava sul posto di lavoro. Le notifiche non sono richieste in presenza di un paziente positivo al COVID-19 laddove i servizi vengono normalmente forniti a pazienti con COVID-19 sospetti o confermati.

- Il datore di lavoro ha flessibilità nei metodi utilizzati dai dipendenti per avvisarli e nei meccanismi e nelle procedure da implementare per informare i dipendenti. Purché vengano effettuate le notifiche richieste, il datore di lavoro ha soddisfatto il requisito. Alcune forme accettabili suggerite per la notifica dei sintomi al datore di lavoro includono verbale, e-mail/SMS, messaggio vocale, lettera scritta dal datore di lavoro.

dipendente, un familiare e/o un medico o altro operatore sanitario autorizzato.

I CSHO dovrebbero verificare, tramite colloqui con la dirigenza e i dipendenti, se i datori di lavoro hanno implementato procedure che richiedono e incoraggiano i dipendenti a informarli di diagnosi, sospette infezioni o sintomi di COVID-19.

- Gli uffici di sicurezza e sicurezza sul lavoro dovrebbero determinare, attraverso una combinazione di interviste e revisioni di documenti, se i dipendenti sono stati informati dell'esposizione sul posto di lavoro a individui positivi al COVID-19 entro 24 ore dalla notifica al datore di lavoro che una persona sul suo/i posto/i di lavoro (inclusi fornitori, appaltatori, clienti, visitatori o altri soggetti non dipendenti) è positivo al COVID-19. I CSHO dovrebbero anche verificare se le notifiche includevano le date e i luoghi richiesti e non includevano il nome, le informazioni di contatto o la professione di alcun dipendente della persona positiva al COVID-19.

2. Guida alla citazione per lo screening e la notifica dei sintomi :

a. Il paragrafo 29 CFR § 1910.502(l)(i) deve essere citato se il datore di lavoro non ha controllato personalmente ogni dipendente o non ha chiesto a ciascun dipendente di automonitorarsi prima di ogni giornata lavorativa e di ogni turno.

- Il paragrafo 29 CFR § 1910.502(l)(1)(ii) dovrebbe essere citato se il datore di lavoro ha richiesto uno o più test di screening per il COVID-19 e non li ha forniti gratuitamente ai dipendenti.

B. Se il datore di lavoro non ha richiesto ai dipendenti di informare il datore di lavoro della malattia, delle sospette infezioni o dei sintomi del COVID-19, allora deve essere citato il paragrafo applicabile del 29 CFR § 1910.502(l)(2).

- Se il datore di lavoro ha una politica che richiede la notifica dei sintomi, ma i dipendenti non lo informano della malattia o dei sintomi del COVID-19, i CSHO dovrebbero verificare se i dipendenti hanno ricevuto una formazione sulle politiche e le procedure specifiche del datore di lavoro per effettuare tali notifiche. Se si accerta che il/i dipendente/i non ha/hanno ricevuto la formazione, l'ufficio di zona può citare il 29 CFR § 1910.502(n)(1)(ix) che può essere raggruppato con le violazioni di notifica ai dipendenti.
- Se il datore di lavoro non ha informato i dipendenti o i datori di lavoro di altri dipendenti esposti, o non ha effettuato una notifica tempestiva (*cioè*, entro 24 ore dalla presa di conoscenza di un'esposizione notificabile), l'ufficio di zona può emettere una citazione del paragrafo specifico applicabile di 29 CFR § 1910.502(l)(3)(i)(A)-(C).
- Se il datore di lavoro ha effettuato notifiche tempestive (*cioè*, entro 24 ore) ma non è riuscito a comunicare tutte le informazioni richieste (*per esempio*, mancanti luoghi e/o date di esposizione), allora l'ufficio di zona può emettere una citazione non seria del paragrafo specifico applicabile

di 29 CFR § 1910.502(l)(3)(i)(A)-(C). Se le prove indicano che l'omissione dei luoghi e/o delle date di esposizione ha contribuito a una condizione grave, come ulteriori casi di infezioni da COVID-19, allora può essere giustificata una citazione grave e raggruppata con altri paragrafi pertinenti di questa sezione.

- I datori di lavoro non devono divulgare informazioni riservate nelle loro notifiche ad altri dipendenti. Se le notifiche includevano nome, recapiti o professione di dipendenti infetti, è possibile citare il paragrafo 29 CFR § 1910.502(l)(3)(ii).

3. Guida all'ispezione per la rimozione medica .

29 CFR § 1910.502(l)(4)(i)-(iv) descrive i passaggi che il datore di lavoro deve intraprendere per rimuovere e mantenere i dipendenti rimossi dal posto di lavoro se il datore di lavoro sa che il/i dipendente/i soddisfano uno dei criteri di notifica descritti nei paragrafi 29 CFR § 1910.502(l)(2)(i)-(iv).

a. I CSHO dovrebbero determinare la conoscenza da parte del datore di lavoro dello stato di COVID-19 dei dipendenti intervistando i dirigenti e i dipendenti e rivedendo documenti come il registro OSHA 300, il registro COVID-19, i registri di notifica dei dipendenti e dei datori di lavoro (*per esempio*, e-mail e/o lettere) e tutti i moduli di screening esistenti.

- Si ritiene che il datore di lavoro sia a conoscenza dello stato COVID-19 di un dipendente se: 1) il dipendente ha informato il datore di lavoro come richiesto nelle sezioni relative ai requisiti di notifica; 2) il datore di lavoro è stato informato dai contatti stretti o dai tracciatori dei contatti; 3) il datore di lavoro ha informato i contatti stretti; o 4) il datore di lavoro ha informato i datori di lavoro di altri dipendenti che lavorano nella struttura. La conoscenza del datore di lavoro può essere stabilita anche se il dipendente presentava sintomi visibili di COVID-19 durante gli screening giornalieri.

B. I dipendenti devono essere immediatamente allontanati dal luogo di lavoro se il datore di lavoro sa che sono positivi al COVID-19, se un operatore sanitario autorizzato ha comunicato loro che si sospetta che siano positivi al COVID-19, se manifestano i sintomi specificati in 29 CFR § 1910.502(l)(2)(iii) e (iv), o se sono stati a stretto contatto sul luogo di lavoro con una persona risultata positiva al COVID-19. Gli Uffici di Salute e Sicurezza sul Lavoro (CSHO) devono determinare se il datore di lavoro sta rispettando l'obbligo di allontanare i lavoratori risultati positivi al COVID-19, che hanno ricevuto una diagnosi di COVID-19, sospettano l'infezione o hanno riportato sintomi, come previsto dai paragrafi 29 CFR § 1910.502(l)(2)(iii)-(iv).

NOTA: i datori di lavoro possono scegliere di utilizzare un modello più completo [elenco dei sintomi del COVID-19 fornito dal CDC](#) nel decidere se allontanare o sottoporre a test i dipendenti che segnalano sintomi aggiuntivi non inclusi nello standard OSHA.

C. I dipendenti che vengono rimossi per motivi medici devono rimanere lontani da

sul posto di lavoro fino a quando non vengono soddisfatti i criteri di ritorno al lavoro di cui al 29 CFR § 1910.502(l)(6), oppure vengono tenuti rimossi fino a quando il datore di lavoro non fornisce un test di reazione a catena della polimerasi (PCR) senza alcun costo per il dipendente.

- Il datore di lavoro può richiedere al/ai dipendente/i sottoposto/i a dimissione per motivi di salute di lavorare da remoto o in isolamento, qualora sia disponibile un lavoro idoneo. Per lavoro idoneo si intende qualsiasi lavoro che possa essere svolto senza contatto con altre persone. Se un dipendente è troppo malato per lavorare, il lavoro da remoto non dovrebbe essere richiesto; e dovrebbero essere resi disponibili congedi per malattia o altri permessi, in conformità con le politiche generali del datore di lavoro e le leggi applicabili.
- I CSHO dovrebbero determinare attraverso interviste e revisioni dei documenti quali procedure sono state implementate per la rimozione (*cioè*, se ai dipendenti è stata data la possibilità di lavorare da remoto o in isolamento, qualora fosse disponibile un lavoro adatto.)

D. I datori di lavoro non sono tenuti a rimuovere alcun dipendente che sia stato completamente vaccinato (*cioè*, 2 settimane o più dopo la dose finale); o che si è ripreso dal COVID-19 negli ultimi 3 mesi, se il dipendente non è positivo al COVID-19 e non presenta sintomi.

4. Guida alla citazione per la rimozione medica .

a. Se il datore di lavoro non ha rimosso i dipendenti sospettati di essere infetti o che presentano sintomi, risultando positivi al COVID-19, o sono stati notificati dal datore di lavoro come contatto stretto, allora dovrebbe essere citato il paragrafo appropriato del 29 CFR § 1910.502(l)(4)(i)-(iii). Considerare i fatti di ciascun caso, ad esempio se il dipendente che ha avuto un contatto stretto fosse precedentemente vaccinato, nel determinare se il mancato allontanamento del lavoratore da parte del datore di lavoro sia citabile.

B. Le citazioni delle sezioni pertinenti dovrebbero essere considerate caso per caso nei casi in cui i datori di lavoro hanno rimosso i lavoratori ma non hanno rispettato pienamente la procedura di follow-up richiesta (*per esempio*, test) e/o tempi per il rientro dei dipendenti al lavoro (*per esempio*, che richiede ai dipendenti di rientrare prima della fine del periodo di rientro al lavoro).

5. Guida all'ispezione: prestazioni di protezione per l'espulsione medica e ritorno al lavoro .

I paragrafi 29 CFR § 1910.502(l)(5)(i)-(v) richiedono al datore di lavoro di continuare a fornire retribuzione e benefici regolari ai dipendenti quando vengono rimossi o lavorano da remoto o in isolamento a causa di una condizione nel paragrafo 29 CFR § 1910.502(l)(4).

a. I datori di lavoro sono tenuti a rimborsare i lavoratori dimessi per motivi medici fino a 1.400 dollari a settimana. Questi requisiti sono stati modificati dopo la

Seconda settimana in base alle dimensioni dell'azienda. I datori di lavoro con meno di 500 dipendenti sono tenuti a pagare ai dipendenti dimessi per motivi di salute solo due terzi della retribuzione ordinaria, fino a un massimo di 200 dollari al giorno (1.000 dollari a settimana nella maggior parte dei casi) dopo la seconda settimana. Inoltre, l'obbligo di pagamento del datore di lavoro è ridotto dell'importo della retribuzione percepita dal dipendente da qualsiasi altra fonte.

- B. I CSHO dovrebbero richiedere qualsiasi documentazione (*per esempio* e-mail, verbali di riunioni, discussioni in chat, promemoria, dichiarazioni di policy, cartelle cliniche) che aiuterebbero a verificare che un dipendente rimosso, che lavora da remoto, in isolamento o non lavora, sia stato rimosso per motivi di salute come previsto dalla presente sezione.
- C. Gli uffici di sicurezza e sicurezza sul lavoro (CSHO) dovrebbero determinare attraverso interviste e revisioni di documenti se i dipendenti che sono stati rimossi, che lavorano da remoto o in isolamento a causa delle condizioni di cui al paragrafo 29 CFR § 1910.502(l)(4) hanno ricevuto la normale retribuzione e i benefici previsti dai paragrafi 29 CFR § 1910.502(l)(5)(i-iv) di questa sezione.
- D. Gli Uffici di Sicurezza del Lavoro (CSHO) dovrebbero valutare se il datore di lavoro stia retribuendo adeguatamente i dipendenti che vengono allontanati dal lavoro per motivi di salute a causa del COVID-19. La decisione in merito al risarcimento per l'allontanamento dal lavoro per motivi di salute può dipendere da vari fattori, tra cui le dimensioni dell'azienda, altre fonti di retribuzione del dipendente e i dati relativi alle buste paga.
- Se la dimensione dell'azienda a livello nazionale è pari o inferiore a dieci dipendenti alla data di entrata in vigore della presente sezione, i paragrafi 29 CFR § 1910.502(l)(5)(iii) – (l)(5)(iv) non si applicano.
- e. Il paragrafo 29 CFR § 1910.502(l)(6) richiede che il datore di lavoro segua le linee guida di un fornitore di assistenza sanitaria autorizzato o [“Linee guida sull'isolamento” del CDC](#) (incorporato per riferimento, 29 CFR § 1910.509); e “del CDC [“Guida sanitaria per il ritorno al lavoro”](#) (incorporato per riferimento in 29 CFR § 1910.509) quando si prendono decisioni sul rientro al lavoro dei dipendenti.
- Gli uffici sanitari competenti dovrebbero stabilire, attraverso colloqui e revisioni dei documenti, se il rientro al lavoro di un dipendente dopo un allontanamento dal posto di lavoro dovuto al COVID-19 abbia seguito le opportune linee guida del CDC o di un operatore sanitario autorizzato.
- F. Il paragrafo prevede inoltre che i dipendenti non debbano subire azioni negative al loro rientro al lavoro. Per indicazioni specifiche, si veda il paragrafo 29 CFR § 1910.502(l)(5)(v).
- Se i CSHO stabiliscono che un dipendente (o un ex dipendente, se licenziato) ha subito un'azione avversa o una minaccia di azione avversa a seguito dell'espulsione per motivi medici, è necessario segnalare il caso al Programma di protezione dei whistleblower. I CSHO seguiranno i passaggi indicati.

delineato nella sezione anti-ritorsione di questa direttiva.

6. Guida alla citazione per i benefici di protezione per l'allontanamento medico e il ritorno al lavoro. Vedere anche l'Appendice D.
- a. I datori di lavoro con dieci dipendenti o meno a livello nazionale sono incoraggiati, ma non tenuti, a rispettare il 29 CFR § 1910.502(l)(5)(iii) – (l)(5)(iv).
- B. Se il datore di lavoro non ha pagato al dipendente la sua normale retribuzione durante il lavoro da remoto o in isolamento come parte della rimozione medica, l'ufficio di zona può emettere una citazione per 29 CFR § 1910.502(l)(5)(ii). La citazione sarà classificata come grave a causa del potenziale effetto di scoraggiare la segnalazione del COVID-19 e di esporre altri dipendenti alla malattia.
- C. Se un dipendente è stato reintegrato al lavoro prima delle linee guida del CDC o degli operatori sanitari, l'ufficio di zona può citare 29 CFR § 1910.502(l)(6).

N. Vaccinazione.

29 CFR § 1910.502(m) richiede ai datori di lavoro di supportare la vaccinazione COVID-19 per ciascun dipendente attraverso un ragionevole periodo di riposo durante l'orario di lavoro e un congedo retribuito (*per esempio*, congedo per malattia retribuito, congedo amministrativo, ecc.) per l'intera serie di vaccinazioni (*cioè*, ciascuna dose richiesta) e qualsiasi effetto collaterale riscontrato a seguito della vaccinazione. In generale, l'OSHA presume che, se un datore di lavoro mette a disposizione fino a quattro ore di congedo retribuito per ciascuna dose del vaccino, nonché fino a 16 ore aggiuntive di congedo per eventuali effetti collaterali della/e dose/i (o 8 ore per dose), il datore di lavoro sia conforme a questo requisito. L'OSHA comprende che i datori di lavoro potrebbero essere in grado di fornire molto meno di quattro ore se i dipendenti non devono spostarsi per le vaccinazioni, ad esempio se vengono somministrate in loco, e che gli effetti collaterali generalmente durano meno di due giorni, ma in alcuni casi possono durare più a lungo.

1. Guida all'ispezione.

- a. I CSHO dovrebbero determinare attraverso colloqui e revisione dei documenti che i datori di lavoro sostengono gli sforzi di vaccinazione fornendo un ragionevole periodo di ferie e congedi retribuiti. I CSHO dovrebbero determinare attraverso interviste per verificare se il datore di lavoro scoraggia o ostacola attivamente i dipendenti dal vaccinarsi.
- Il tempo libero ragionevole può includere, ma non è limitato a, il tempo trascorso durante l'orario di lavoro correlato all'appuntamento/agli appuntamenti per la vaccinazione, come la registrazione, il completamento della documentazione richiesta, tutto il tempo trascorso presso il sito di vaccinazione (*per esempio*, ricezione della dose di vaccino, monitoraggio post-vaccinazione da parte del fornitore del vaccino) e tempo impiegato per recarsi e tornare dal luogo di vaccinazione (incluso il viaggio verso una sede esterna (*per esempio*, una farmacia). Il termine ragionevole può anche includere situazioni in cui un dipendente lavora da remoto (*per esempio*, telelavoro) o in una sede alternativa deve recarsi presso il

sul posto di lavoro per ricevere il vaccino.

- I datori di lavoro non sono obbligati a rimborsare ai dipendenti le spese di trasporto (*per esempio*, soldi per la benzina, biglietto del treno/autobus, ecc.) sostenuti per ricevere la vaccinazione, come i costi di viaggio verso un luogo di vaccinazione esterno o di viaggio da un luogo di lavoro alternativo al posto di lavoro per ricevere una dose di vaccino.

B. Gli operatori sanitari dovrebbero stabilire quando è avvenuta la vaccinazione o il viaggio per la vaccinazione, per confermare se le attività si sono svolte durante l'orario di lavoro.

- Se un dipendente sceglie di vaccinarsi al di fuori dell'orario di lavoro, i datori di lavoro non sono tenuti a concedergli tempo e ferie retribuite per il tempo trascorso a vaccinarsi al di fuori dell'orario di lavoro. Tuttavia, i datori di lavoro devono comunque concedergli un tempo ragionevole e ferie retribuite per riprendersi da eventuali effetti collaterali che dovessero manifestarsi durante l'orario di lavoro.

NOTA: Nulla nell'ETS impedisce a un datore di lavoro di adottare misure che vadano oltre i requisiti di questo standard per incoraggiare i dipendenti a vaccinarsi, come previsto dalle leggi applicabili e/o dai contratti di lavoro. L'EEOC fornisce linee guida sulla vaccinazione contro il COVID-19 in relazione alle leggi sulle pari opportunità di lavoro. Si veda EEOC, 16 dicembre 2020, www.eeoc.gov/newsroom/eeoc-issues-updated-covid-19-technicalassistance-publication-3.

I dipendenti possono rifiutare la vaccinazione per diversi motivi, tra cui patologie pregresse o obiezioni di coscienza (moralì o religiose). Non è richiesto ai dipendenti che rifiutano la vaccinazione di firmare un modulo di rifiuto.

2. Guida alla citazione.

- a. Se i dipendenti hanno sostenuto costi quali la perdita di stipendio o sono stati costretti a prendere un congedo non retribuito per la vaccinazione o per gli effetti avversi della vaccinazione, gli uffici di zona dovrebbero prendere in considerazione la citazione del 29 CFR § 1910.502(m).

O. Formazione.

Il 29 CFR § 1910.502(n) richiede ai datori di lavoro di fornire formazione in modo pratico e comprensibile, tenendo conto dei livelli di competenza linguistica e alfabetizzazione dei dipendenti. Si applicano le seguenti linee guida:

1. Guida standard.

- a. 29 CFR § 1910.502(n)(1)(i)-(xii): I datori di lavoro devono fornire formazione, inclusi gli adattamenti ragionevoli richiesti dall'Americans with Disabilities Act, se necessari a un dipendente con disabilità, senza alcun costo per il dipendente. Il dipendente deve essere retribuito per il tempo dedicato alla formazione. Se il dipendente deve allontanarsi dal luogo di lavoro per ricevere la formazione, il datore di lavoro è tenuto a

pagare le spese di viaggio e il dipendente deve essere pagato per il tempo di viaggio.

- B. 29 CFR § 1910.502(n)(3): Un datore di lavoro deve garantire che la formazione sia supervisionata o condotta da una persona esperta nella materia trattata in relazione ai compiti richiesti ai dipendenti.
- C. 29 CFR § 1910.502(n)(4): Un datore di lavoro potrebbe utilizzare una formazione virtuale o online, ma dovrà garantire che il metodo di formazione consenta ai dipendenti di porre domande e ricevere risposte tempestive. Le formazioni basate su video o computer potrebbero richiedere al datore di lavoro di mettere a disposizione un formatore qualificato per rispondere alle domande dopo la formazione, oppure di offrire una hotline telefonica a cui i dipendenti possano porre domande.

2. Guida all'ispezione .

- a. Esaminare i materiali di formazione forniti dal datore di lavoro (*per esempio*, diapositive di presentazione, cartelli, poster, dispense) per determinare se l'azienda ha fornito materiali scritti in lingue e livelli di alfabetizzazione che i dipendenti comprendono, parlano e leggono.
- B. Quando il datore di lavoro eroga la formazione, i CSHO dovrebbero prestare particolare attenzione agli orari in cui la formazione viene erogata. Verificare se ai dipendenti è stata offerta la formazione durante l'orario di lavoro programmato e senza alcun costo per il dipendente.
- C. I dipendenti svolgono un ruolo particolarmente importante nella riduzione dell'esposizione, poiché l'applicazione appropriata di pratiche e controlli lavorativi limita i livelli di esposizione. I dipendenti devono pertanto essere informati del grave pericolo rappresentato dal COVID-19, nonché delle misure di sicurezza sul posto di lavoro incluse nei piani COVID-19 dei datori di lavoro, poiché tali misure sono necessarie per ridurre il rischio e garantire la protezione dei dipendenti. I dipendenti devono essere a conoscenza delle specifiche misure di protezione adottate e ricevere formazione sul loro utilizzo, in modo che tali misure possano essere implementate in modo efficace.
- D. Il CSHO dovrebbe stabilire, attraverso una serie di colloqui, se i dipendenti sono in grado di dimostrare conoscenza e comprensione dei materiali e degli elementi di formazione indicati nel rispettivo standard.
 - Documentare se la formazione è stata erogata in una lingua e in un modo comprensibili per il dipendente.
 - Verificare se i dipendenti sono in grado di descrivere le attività e le situazioni in cui potrebbe verificarsi l'esposizione.
 - Verificare se i dipendenti sono in grado di descrivere le procedure di indossamento/ svestizione, pulizia, disinfezione e conservazione dei DPI.
 - Determinare se i dipendenti possono descrivere i congedi per malattia disponibili

politiche.

- Chiedere ai dipendenti se possono identificare il coordinatore della sicurezza designato per il piano COVID-19
- Chiedere se ai dipendenti è stata offerta l'opportunità di porre domande e ricevere risposte; e
- Chiedere ai dipendenti se possono descrivere eventuali cambiamenti avvenuti che richiederebbero una nuova formazione, come cambiamenti nel luogo di lavoro che aumenterebbero il rischio di trasmissione del COVID-19.

3. Guida alla citazione .

- a. Il 29 CFR § 1910.502(n) non richiede al datore di lavoro di conservare i registri di formazione. Nel caso in cui il datore di lavoro non sia in grado di fornire i registri di formazione, il CSHO ne prenderà nota e continuerà a raccogliere prove sufficienti per stabilire qualsiasi tendenza (*per esempio*, revisione dei materiali, osservazioni e interviste ai dipendenti) che stabiliscono una condizione di violazione.
- B. Quando i dipendenti hanno ricevuto informazioni o formazione inadeguate (*per esempio*, la formazione non era sufficiente per consentire a un numero significativo di dipendenti di dimostrare la conoscenza delle informazioni richieste o l'incapacità dei dipendenti di mettere in pratica le misure di sicurezza), citare il/i paragrafo/i applicabile/i.
- C. Si consideri di raggruppare le violazioni per formazione carente con un paragrafo correlato. Ad esempio, il 29 CFR § 1910.502(n)(1)(vii) richiede ai datori di lavoro di formare ciascun dipendente sulle politiche e procedure specifiche del luogo di lavoro per la pulizia e la disinfezione. Tale formazione deve essere coerente con i requisiti di pulizia e disinfezione di cui al paragrafo (j). La formazione deve includere istruzioni sull'uso corretto e sicuro dei prodotti per la pulizia e la disinfezione forniti dal datore di lavoro. Pertanto, il datore di lavoro deve formare un dipendente incaricato di pulire la propria area di lavoro, gli strumenti o le attrezzature sui prodotti da utilizzare, nonché su come utilizzare tali prodotti in modo corretto e sicuro.
- D. L'ufficio di zona può emettere una sanzione per violazione grave quando un datore di lavoro non provvede a istruire e formare i propri dipendenti.

P. Anti-ritorsione .

Il 29 CFR § 1910.502(o) impone al datore di lavoro di informare ciascun dipendente del suo diritto alle tutele previste dal presente articolo. Vieta inoltre ai datori di lavoro di licenziare o in qualsiasi modo discriminare un dipendente per aver esercitato il suo diritto alle tutele previste dal presente articolo, o per aver intrapreso azioni previste dal presente articolo.

1. Guida all'ispezione .

- a. I datori di lavoro hanno flessibilità nel modo in cui informano i dipendenti sui loro diritti e sul divieto di ritorsioni.

I datori di lavoro possono scegliere qualsiasi metodo per informare i dipendenti, a condizione che ogni dipendente sia informato delle informazioni specificate nella norma. I dipendenti possono essere informati per iscritto, verbalmente durante una riunione del personale o con altri metodi. Queste informazioni possono essere fornite insieme ad altre attività formative richieste dalla norma, oppure separatamente.

- B. Attraverso la direzione e un numero sufficiente di colloqui privati con i dipendenti, i CSHO dovrebbero stabilire se i dipendenti sono stati informati dei loro diritti alla tutela ai sensi della presente sezione.
- C. In conformità con il paragrafo 29 CFR § 1910.502(o)(2), ai datori di lavoro è vietato licenziare o discriminare qualsiasi dipendente per aver esercitato il proprio diritto alle tutele previste dal presente articolo o per aver intrapreso azioni previste dal presente articolo. I CSHO dovrebbero raccogliere informazioni in merito a presunte discriminazioni nei confronti dei dipendenti per aver esercitato il proprio diritto alle tutele previste dal presente articolo o per aver intrapreso azioni previste dal presente articolo.
- D. In generale, le accuse di ritorsione che potenzialmente violano questa sezione saranno gestite caso per caso, poiché questa sezione si sovrappone alla sezione 11(c) dell'OSH Act. Tuttavia, alcuni dipendenti potrebbero non avere il tempo o le conoscenze necessarie per presentare tempestivamente un reclamo ai sensi della sezione 11(c) o potrebbero temere ulteriori ritorsioni da parte del datore di lavoro in caso di reclamo.
 - Le indagini sulle accuse di violazione di questo standard e della sezione 11(c) devono prevedere una stretta collaborazione tra il responsabile della sicurezza e della salute sulla conformità, i direttori di area assistenti e il direttore di area nell'ufficio di area e l'investigatore del whistleblower, l'investigatore di supervisione regionale e gli amministratori regionali assistenti nella sezione WPP.
- e. Lo standard consente all'OSHA di emettere multe ai datori di lavoro per ritorsioni nei confronti dei dipendenti e di richiederne la riduzione, inclusi gli arretrati e la reintegrazione, anche se nessun dipendente ha presentato un reclamo ai sensi della sezione 11(c) entro 30 giorni dalla ritorsione. Inoltre, questa sezione dello standard consente all'OSHA di emettere una singola multa per ritorsioni nei confronti di più dipendenti.
 - Tuttavia, un dipendente che desidera presentare un reclamo ai sensi della sezione 11(c) può farlo entro il periodo di 30 giorni previsto dalla legge, indipendentemente dal fatto che l'OSHA stia indagando su una presunta violazione della norma che riguarda la stessa condotta sottostante.

2. Guida alla citazione .

- a. Se i dipendenti non sono stati informati dei loro diritti alle tutele richieste da questo standard, l'ufficio di zona può emettere una citazione per 29 CFR § 1910.502(o)(1).

- B. Se un'indagine accerta prove che il datore di lavoro ha licenziato o altrimenti discriminato un dipendente per aver esercitato il suo diritto alla tutela ai sensi della presente sezione, verrà presa una decisione (in consultazione con il ricorrente, ove opportuno) se perseguire un rimedio ai sensi della sezione 11(c) o tramite una citazione ai sensi del 29 CFR § 1910.502(o)(2), ma non entrambi. L'amministratore regionale ha la facoltà di determinare in base a quale via perseguire il rimedio risultante.

Q. Requisiti senza costi .

Il 29 CFR § 1910.502(p) richiede che il datore di lavoro rispetti tutti gli elementi del rispettivo standard senza scaricarne i costi sui dipendenti. Questa disposizione chiarisce che il datore di lavoro è responsabile di tutti i costi associati all'implementazione dello standard.

1. Guida all'ispezione .

- a. L'OSHA considera i costi come comprendenti non solo le spese monetarie dirette per il dipendente, ma anche il tempo e le altre spese necessarie per svolgere le attività richieste.
- B. Il termine "senza costi" significa, tra le altre cose, che il dipendente non deve sostenere alcuna spesa. Il preambolo riconosce che la formazione obbligatoria è fornita gratuitamente ai dipendenti. Esempi di condizioni di violazione possono includere, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, un datore di lavoro che richieda ai dipendenti di:
- Acquistare dispositivi e attrezzature di protezione individuale contro il COVID-19;
 - Acquistare materiali per la pulizia e/o la disinfezione correlati al COVID-19; e
 - Acquistare formazione e/o materiali didattici relativi al COVID-19.
- C. I CSHO dovrebbero accertare, attraverso colloqui e analisi documentale, se i dipendenti hanno sostenuto costi monetari durante la revisione dei rispettivi standard. La documentazione può includere ricevute di acquisto o fatture mediche del dipendente.

2. Guida alla citazione .

- a. 29 CFR § 1910.502(p) sarà solitamente citato come violazione non grave quando/se i dipendenti sostengono costi monetari associati a questa sezione.
- B. In base alle circostanze specifiche di un caso, se l'ufficio di zona determina che è opportuno ottenere l'effetto deterrente necessario, la sanzione non modificata può arrivare fino alla sanzione massima consentita per una violazione non grave.
- C. Le violazioni previste dal presente paragrafo possono essere raggruppate con altre sezioni pertinenti (*per esempio*, 29 CFR § 1910.502(m) per i costi sostenuti

dal dipendente per ottenere la vaccinazione contro il COVID-19).

R. Tenuta dei registri .

Il paragrafo 29 CFR § 1910.502(q) richiede la conservazione e la disponibilità di tutte le versioni (non bozze) del piano COVID-19 e la creazione e la manutenzione di un registro COVID-19 almeno per tutta la durata di validità dell'ETS. Tale conservazione dei dati non si applica ai datori di lavoro con 10 o meno dipendenti a livello nazionale alla data di entrata in vigore della presente sezione.

1. Guida all'ispezione .

a. I CSHO devono verificare che il datore di lavoro conservi tutte le versioni (non le bozze) del suo piano COVID-19.

B. I CSHO dovrebbero verificare se il datore di lavoro avesse più di 10 dipendenti al momento dell'entrata in vigore della presente sezione. Potrebbero essere necessari colloqui con la dirigenza, i rappresentanti dei lavoratori e la revisione dei registri delle buste paga per determinare se il datore di lavoro soddisfa la soglia per la tenuta di un registro COVID-19.

C. Laddove siano richiesti registri, i CSHO dovrebbero esaminare il registro COVID-19 del datore di lavoro e verificare che tutte le informazioni richieste siano registrate. Il CSHO dovrebbe intervistare la persona responsabile della tenuta del registro, la dirigenza e un numero sufficiente di dipendenti per determinare se i registri sono corretti.

- I CSHO dovrebbero esaminare il registro e assicurarsi che i datori di lavoro registrino ogni caso in cui un dipendente sia risultato positivo al COVID-19 (secondo la definizione della norma), indipendentemente dal fatto che sia correlato al lavoro. È importante che un datore di lavoro esamini i casi di COVID-19 tra i dipendenti e risponda in modo appropriato per proteggerli, indipendentemente dal fatto che un caso venga in definitiva ritenuto correlato al lavoro. I CSHO dovrebbero verificare se il datore di lavoro ha utilizzato il registro per facilitare l'identificazione delle tendenze del rischio sul luogo di lavoro.

- Tuttavia, il registro COVID-19 non dovrebbe registrare gli incidenti relativi ai dipendenti che lavorano esclusivamente da casa e che quindi non potrebbero esporre altri sul posto di lavoro.

D. Il CSHO esaminerà i registri degli infortuni e delle malattie del datore di lavoro per identificare malattie o sintomi registrabili tra i dipendenti esposti a pazienti con COVID-19 sospetto o confermato. L'esame del registro OSHA 300 può aiutare a individuare eventuali incongruenze nel registro COVID-19 e può fornire indicazioni sul personale da intervistare.

- I CSHO devono esaminare ulteriori registri di infortuni e malattie e garantire che i datori di lavoro tenuti a conservare registri di infortuni/malattie ai sensi della parte 1904 del 29 CFR continuino a registrare tutti i casi confermati di COVID-19 correlati al lavoro sui loro moduli OSHA 300, 300A,

e 301, o moduli equivalenti. Nota: l'esenzione parziale per alcuni codici NAICS di cui al 29 CFR § 1904.2 non si applica ai requisiti di tenuta dei registri di cui al paragrafo 29 CFR § 1910.502(q) – tutti i datori di lavoro coperti da questa sezione devono tenere un registro COVID-19. I CSHO devono garantire che il registro OSHA 300 non venga utilizzato in sostituzione del registro COVID-19 richiesto da questa sezione. Nota: per non scoraggiare la vaccinazione, i datori di lavoro non sono tenuti a registrare i casi di reazioni avverse alle vaccinazioni sul registro OSHA 300 a partire da maggio 2022.

e. I CSHO dovrebbero verificare che, come minimo, ogni istanza registrata nel registro COVID-19 contenga le seguenti informazioni: nome del dipendente; informazioni di contatto; professione; luogo in cui ha lavorato il dipendente; data dell'ultimo giorno di lavoro del dipendente; data del test positivo o della diagnosi di COVID-19; e data in cui il dipendente ha manifestato per la prima volta uno o più sintomi di COVID-19, se presenti, e che le voci siano state inserite entro 24 ore da quando il datore di lavoro ha appreso che un dipendente è positivo al COVID-19.

- Il registro può essere conservato con le modalità ritenute opportune dal datore di lavoro, purché le informazioni che devono essere inserite nel registro siano presenti e comprensibili e possano essere ottenute e condivise entro i termini indicati nella norma. Il registro deve essere conservato come cartella clinica riservata. La divulgazione delle informazioni personali inserite nel registro COVID-19 è limitata alle disposizioni di accesso di cui al paragrafo 29 del CFR § 1910.502(q)(3). Non vi è alcun obbligo di conservazione del registro presso la struttura, purché siano rispettati i tempi di disponibilità.

F. Gli uffici preposti alla sicurezza e alla salute sul lavoro (CSHO) dovrebbero verificare, tramite colloqui e/o revisioni dei documenti, che il datore di lavoro fornisca ai dipendenti e ai loro rappresentanti l'accesso al registro COVID-19.

G. Gli operatori sanitari dovrebbero anche intervistare altre persone non presenti nel registro COVID-19 per determinare se ci sono casi che avrebbero dovuto essere registrati ma che non sono stati inseriti nel registro.

- Attraverso colloqui e revisione dei documenti, i CSHO dovrebbero determinare se i dipendenti, gli ex dipendenti e i loro rappresentanti hanno diritto di accesso a tutte le versioni (non alle bozze) del piano COVID-19 scritto in qualsiasi luogo di lavoro in cui il dipendente o l'ex dipendente ha lavorato. I dipendenti o gli ex dipendenti hanno anche accesso alla voce del registro COVID-19 relativa alla/e propria/e malattia/e e a una versione del registro COVID-19 che tutela la privacy dei dipendenti rimuovendo le informazioni personali identificabili (*per esempio*, nomi, informazioni di contatto e professione) degli altri dipendenti. Il luogo in cui ha lavorato il dipendente, il

Nel registro protetto dalla privacy devono essere incluse la data dell'ultimo giorno di lavoro del dipendente, la data del test positivo o della diagnosi di COVID-19 e la data in cui il dipendente ha manifestato per la prima volta i sintomi del COVID-19.

- I CSHO dovrebbero documentare i casi in cui i datori di lavoro non forniscono all'OSHA l'accesso ai registri che devono essere creati e mantenuti da questa sezione quando richiesto.
- Il datore di lavoro è tenuto a fornire tali documenti (una copia gratuita di ciascun documento richiesto) su richiesta per l'esame e la copia entro e non oltre la fine del giorno lavorativo successivo alla richiesta.
- Se un'ispezione rivela che un'azienda ha cambiato proprietà mentre l'ETS è in vigore, il CSHO dovrà indagare per determinare se il datore di lavoro (cioè, il predecessore) ha trasferito le informazioni sul registro COVID-19 al nuovo proprietario (cioè, il successore).

2. Guida alla citazione .

- Quando il datore di lavoro non riesce a mantenere tutte le versioni (non bozze) di il loro piano COVID-19, il datore di lavoro può essere citato per violazione del 29 CFR § 1910.502(q)(2)(i).
- B. Qualora il datore di lavoro non riesca a stabilire o mantenere il registro COVID-19 o non registri le voci sul registro COVID-19, il datore di lavoro può essere citato per violazione del 29 CFR § 1910.502(q)(2)(ii).
- Se non vi sono casi positivi noti al COVID-19 presso l'azienda, il datore di lavoro non verrà citato per non aver tenuto un registro COVID-19.
 - Il datore di lavoro non potrà essere citato in giudizio per aver registrato nel registro COVID-19 informazioni aggiuntive non previste dalla norma.
- C. Quando il datore di lavoro non dispone di tutte le informazioni richieste per una voce nel registro COVID-19, la carenza deve essere documentata e il datore di lavoro può essere citato per violazione del 29 CFR § 1910.502(q)(2)(ii)(A).
- D. Laddove il datore di lavoro non abbia mantenuto il registro per garantire la privacy e la riservatezza dei dipendenti, il datore di lavoro può essere citato per violazione del 29 CFR § 1910.502(q)(2)(ii)(B).
- e. Se il datore di lavoro non conserva il registro COVID-19 per tutto il periodo in cui vige lo standard, può essere citato per violazione del 29 CFR § 1910.502(q)(2)(ii)(C).
- G. Una citazione nei confronti del precedente datore di lavoro può essere emessa se quest'ultimo non ha trasferito tutte le informazioni inserite nel registro COVID-19 al nuovo proprietario. Ciò è applicabile se non sono trascorsi sei mesi dal cambio di proprietà e se

Il datore di lavoro precedente è ancora in attività. L'attuale datore di lavoro può essere citato in giudizio se non ha conservato il registro, se il CSHO può dimostrare di averlo ricevuto dal precedente datore di lavoro.

H. Se una malattia COVID-19 correlata al lavoro non è stata inserita nel registro 300 e nel registro COVID-19, verranno citati entrambi gli standard.

io. L'OSHA non comminerà sanzioni per mancato rispetto degli obblighi previsti dai § 29 CFR 1904.5 e § 29 CFR 1904.7 che impongono ai datori di lavoro di registrare gli effetti collaterali dei lavoratori derivanti dalla vaccinazione contro il COVID-19 fino a maggio 2022.

J. In caso di citazioni, le sanzioni saranno proposte solo nei seguenti casi:

- Laddove l'OSHA possa documentare che il datore di lavoro è stato precedentemente informato dei requisiti per la conservazione dei registri; oppure
- Nei casi in cui è possibile documentare la decisione deliberata del datore di lavoro di discostarsi dagli obblighi di tenuta dei registri o la sua palese indifferenza nei confronti degli stessi.

S. Segnalazione all'OSHA .

Il 29 CFR § 1910.502(r)(i) richiede al datore di lavoro di segnalare all'OSHA i decessi per COVID-19 correlati al lavoro entro 8 ore dall'apprendimento del decesso. Il 29 CFR § 1910.502(r)(ii) richiede al datore di lavoro di segnalare ogni ricovero ospedaliero per COVID-19 correlato al lavoro entro 24 ore dall'apprendimento del ricovero ospedaliero. I criteri di cui al 29 CFR § 1904.5 devono essere utilizzati per determinare la correlazione al lavoro.

1. Guida all'ispezione .

a. I CSHO dovrebbero raccogliere informazioni attraverso colloqui con i datori di lavoro e i dipendenti e dovrebbero esaminare documenti come Registro COVID-19 e registro OSHA 300 quando si documentano evidenti carenze nei requisiti di segnalazione.

B. I CSHO e gli uffici di zona devono valutare che, quando si segnalano decessi o ricoveri ospedalieri correlati al COVID-19 sul lavoro, OSHA, il datore di lavoro ha seguito i requisiti in 29 CFR § 1904.39 ad eccezione di 29 CFR § 1904.39(a)(1) e (2) e (b)(6) a <https://www.osha.gov/lawsregs/regulations/standardnumber/1904/1904.39> , in conformità con 29 CFR § 1910.502(r)(2).

- Nota: un datore di lavoro può "venire a conoscenza" di un decesso o di un ricovero ospedaliero per COVID-19 correlato al lavoro quando un familiare o un medico lo segnala al datore di lavoro o tramite un altro dipendente dell'azienda. È responsabilità del datore di lavoro garantire che siano in atto istruzioni e procedure appropriate affinché dirigenti, supervisori, personale medico aziendale, nonché

altri dipendenti o agenti dell'azienda che vengono a conoscenza del decesso o del ricovero ospedaliero di un dipendente a causa del COVID-19 correlato al lavoro sono stati informati che l'azienda deve segnalarlo all'OSHA.

- C. Nota: i datori di lavoro devono fornire all'OSHA le seguenti informazioni per ogni decesso o ricovero ospedaliero: il nome della struttura, il luogo dell'incidente correlato al lavoro, l'ora dell'incidente correlato al lavoro, il tipo di evento segnalabile (*cioè*, decesso o ricovero ospedaliero), il numero di dipendenti deceduti o ricoverati in ospedale, i nomi dei dipendenti deceduti o ricoverati, la persona di contatto del datore di lavoro e il suo numero di telefono, nonché una breve descrizione dell'incidente correlato al lavoro.
- D. Nota: se un datore di lavoro segnala all'OSHA un ricovero ospedaliero di un paziente affetto da COVID-19 entro 24 ore e successivamente il dipendente muore a causa della malattia, il datore di lavoro non è tenuto a segnalare ulteriormente il decesso all'OSHA, ma deve comunque registrare il decesso.
- e. Nota: l'OSHA definisce il ricovero ospedaliero come un ricovero formale presso i servizi di degenza di un ospedale o di una clinica per cure o trattamenti (*Vedere* 29 CFR § 1904.39(b)(9) e (b)(10)). La decisione se un dipendente sia formalmente ammesso al servizio di degenza spetta all'ospedale o alla clinica. Il trattamento effettuato esclusivamente in un pronto soccorso non è soggetto a segnalazione.

2. Guida alla citazione .

- a. Quando un datore di lavoro non segnala entro 8 ore dall'apprendimento del decesso di un dipendente a seguito di un'esposizione al COVID-19 correlata al lavoro, il datore di lavoro può essere citato per violazione del 29 CFR § 1910.502(r)(1)(i).
- B. Se un datore di lavoro non segnala entro 24 ore dall'apprendimento di un'esposizione al COVID-19 correlata al lavoro e ricoverato in ospedale, può essere citato per violazione del 29 CFR § 1910.502(r)(1)(ii).
- C. Se l'ufficio di zona viene a conoscenza di un incidente che deve essere segnalato tramite un mezzo diverso dalla segnalazione del datore di lavoro, prima della scadenza del periodo di segnalazione di 8 o 24 ore e viene effettuata un'ispezione dell'incidente, normalmente non verrà emessa una citazione per mancata segnalazione.

A causa della pandemia di COVID-19, un ufficio locale OSHA potrebbe essere temporaneamente chiuso al pubblico. Se un ufficio locale è chiuso per qualsiasi motivo, ai sensi dell'articolo 1904.39(b)(1), il datore di lavoro deve utilizzare la hotline OSHA, attiva 24 ore su 24, al numero 1-800-321-6742 (OSHA), oppure compilare e inviare un [Modulo online per la segnalazione di eventi gravi](#) sul sito web dell'OSHA e non deve inviare la segnalazione all'OSHA via fax, e-mail o lasciando un messaggio vocale all'ufficio di zona.

X. Mini programma di protezione respiratoria .

Il 29 CFR § 1910.504 si applica all'uso di dispositivi di protezione respiratoria quando tale uso non è richiesto, in conformità con il 29 CFR § 1910.502(f)(4)(i) e (ii), vale a dire quando il datore di lavoro fornisce facoltativamente respiratori o consente ai dipendenti di utilizzare i propri respiratori al posto delle mascherine obbligatorie. Nel primo caso, i datori di lavoro devono fornire formazione sull'uso dei respiratori, sull'esecuzione dei controlli di tenuta da parte dell'utente sui respiratori aderenti, sul riutilizzo dei respiratori e istruzioni su quando interrompere l'uso della protezione respiratoria. Nel secondo caso, i datori di lavoro devono fornire un avviso ai dipendenti utilizzando il testo del 29 CFR § 1910.504(c).

IL "Guida alla protezione respiratoria per attività e standard" tavolo in [Appendice B](#) La presente direttiva contiene una ripartizione dettagliata dell'utilizzo e dei requisiti dei dispositivi di protezione respiratoria, incluso un elenco dei requisiti specifici applicabili a situazioni comuni e prevedibili. Si noti che il 29 CFR § 1910.504 richiede solo il controllo del sigillo di sicurezza e la formazione dell'utente, mentre i requisiti per i test medici e di idoneità vengono eseguiti solo se il datore di lavoro è tenuto a rispettare lo Standard di Protezione Respiratoria, 29 CFR § 1910.134.

1. Guida all'ispezione .

- a. Gli ufficiali sanitari devono determinare attraverso osservazioni e interviste sul posto di lavoro se i respiratori sono richiesti da 29 CFR § 1910.502(f)(2), (f)(3) o (f)(5).
- B. Se i respiratori non sono richiesti ai sensi di 1910.502(f)(2), (f)(3) o (f)(5), il CSHO dovrà stabilire se il datore di lavoro fornisca al dipendente un respiratore al posto della maschera facciale richiesta ai sensi di 29 CFR § 1910.501(f)(4)(i). Il CSHO dovrà stabilire se il datore di lavoro abbia fornito la formazione richiesta da 29 CFR § 1910.504 a ciascun dipendente che indossa un respiratore ai sensi di 29 CFR § 1910.502(f)(4)(i).
- Il CSHOS dovrà stabilire, tramite colloqui e revisione dei documenti, che quando il datore di lavoro fornisce ai dipendenti respiratori da utilizzare al posto delle mascherine obbligatorie, il datore di lavoro deve fornire la formazione descritta in 29 CFR § 1910.504(d)(1)(i)-(v). Nota: la formazione è particolarmente importante poiché le disposizioni relative ai test di idoneità e alla valutazione medica non sono incluse in 29 CFR § 1910.504.
- C. Se i respiratori non sono richiesti ai sensi di 1910.502(f)(2), (f)(3) o (f)(5), il CSHO determinerà se il datore di lavoro consente a un dipendente tenuto a indossare una mascherina di indossare il proprio respiratore invece delle mascherine richieste, ai sensi di 29 CFR § 1910.502(f)(4)(ii). Il CSHO determinerà se il datore di lavoro ha fornito al dipendente un avviso contenente il testo standardizzato di 29 CFR § 1910.504(c).
- D. Il CSHO deve determinare se i dipendenti che indossano respiratori elastomerici sono stati precedentemente valutati dal punto di vista medico e ritenuti incapaci di indossare un respiratore, i CSHO devono informare il datore di lavoro del pericolo e interrompere la pratica fino a quando non verrà individuato un nuovo

la valutazione medica viene eseguita come richiesto dal 29 CFR § 1910.504.

- e. Gli Uffici di Sicurezza e Protezione (CSHO) dovrebbero verificare se i dipendenti che utilizzano respiratori aderenti eseguano controlli di tenuta per garantire che il respiratore aderisca correttamente al viso. Gli Uffici di Sicurezza e Protezione (CSHO) dovrebbero valutare chiedendo ai dipendenti di descrivere (o dimostrare) le procedure, concentrandosi sulla capacità dei dipendenti di riconoscere i segnali di perdite.
- F. I CSHO dovrebbero garantire che i datori di lavoro correggano eventuali problemi riscontrati dai dipendenti durante le procedure di controllo del sigillo di sicurezza. Se i dipendenti segnalano che il controllo del sigillo di sicurezza non ha esito positivo, i CSHO dovrebbero valutare se il datore di lavoro ha fornito modelli o taglie di respiratori alternativi.

NOTA: Nei casi in cui un datore di lavoro richiede l'uso di respiratori nel tentativo di offrire un grado di protezione più elevato ai lavoratori che altrimenti non sarebbero tenuti a indossarli, il datore di lavoro deve rispettare i requisiti del 29 CFR § 1910.134. Fare riferimento a [CPL 02-00-158](#), *Procedure di ispezione per lo standard di protezione respiratoria*, datato 26 giugno 2014, per le interpretazioni dell'agenzia e le politiche di applicazione.

- g. Gli uffici sanitari dovrebbero determinare se i respiratori utilizzati in conformità con 29 CFR § 1910.504 vengono riutilizzati dall'assistenza sanitaria Dipendenti. I datori di lavoro devono garantire che i FFR utilizzati da un determinato dipendente vengano riutilizzati solo da quel dipendente. Nota: il riutilizzo è sconsigliato, a meno che il datore di lavoro non si trovi in una situazione di carenza.
- H. Se si osserva un riutilizzo, i CSHO devono verificare che le FFR vengano riutilizzate solo dall'utilizzatore originale e che le FFR utilizzate in precedenza non vengano condivise tra più dipendenti.
 - Il riutilizzo delle FFR è consentito solo per le industrie associate all'assistenza sanitaria durante i periodi di carenza nella catena di fornitura dei respiratori.
- io. Nel caso imprevisto in cui un datore di lavoro affermi una carenza di respiratori, i CSHO dovrebbero richiedere la prova di tale affermazione ottenendo un inventario giornaliero dei respiratori e i calcoli del "tasso di combustione" insieme alle fatture e agli ordini di acquisto applicabili.

NOTA: il datore di lavoro può utilizzare le strategie del CDC per la carenza di respiratori FFR N95 solo per un periodo di tempo limitato e deve adottare misure immediate per acquistare e utilizzare altri respiratori approvati dal NIOSH, come i respiratori elastomerici e i PAPR. Le strategie del CDC per ottimizzare la fornitura di respiratori N95 sono disponibili alla seguente pagina web:

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/respiratorsstrategy/index.html>.

- j. Gli operatori sanitari dovrebbero verificare che i respiratori riutilizzati non siano visibilmente sporchi o danneggiati e determinare come l'utente finale ne verifica l'integrità

del respiratore (*cioè*, tessuto, cinghie, guarnizione, ponte nasale); se il dipendente maneggia igienicamente il respiratore e completa con successo un controllo della guarnizione dell'utente sul respiratore riutilizzato; e se il respiratore è stato utilizzato per più di cinque (5) giorni in totale.

- la Gli operatori sanitari devono verificare le condizioni di conservazione dei respiratori. I respiratori riutilizzabili devono essere conservati in un contenitore traspirante (*per esempio* sacchetto di carta), lontano da acqua o umidità per almeno cinque (5) giorni di calendario prima del riutilizzo. In pratica, ciò significa che il datore di lavoro deve fornire almeno cinque (5) FFR da utilizzare in giorni diversi.

NOTA: Per i FFR, il processo di espirazione combinato con fattori ambientali (*cioè*, aumento della temperatura e/o dell'umidità) possono portare a un maggiore contenuto di umidità nel tessuto del respiratore e favorire la crescita di agenti patogeni. I respiratori sporchi o gravemente contaminati da sangue, secrezioni respiratorie o altri fluidi corporei non devono essere conservati per un successivo riutilizzo.

2. Guida alla citazione .

- UN. Se il datore di lavoro non ha fornito ai dipendenti interessati che forniscono e utilizzano i propri respiratori l'avviso elencato in 29 CFR § 1910.504(c), l'ufficio di zona può valutare l'emissione di una citazione non grave.
- B. Se il datore di lavoro non ha fornito la formazione in conformità con i requisiti di 29 CFR § 1910.504(d)(1), l'Ufficio di Area può prendere in considerazione l'emissione di una o più citazioni per eventuali carenze documentate elencate nei paragrafi 1910.504(d)(1)(i) attraverso (v) di questa sezione. Le violazioni di più disposizioni in materia di formazione ai sensi di 29 CFR § 1910.504(d)(1) dovrebbero normalmente essere raggruppate in un'unica citazione.
- C. Se il datore di lavoro non ha verificato che i dipendenti effettuino i controlli dei sigilli utente come previsto dal 29 CFR § 1910.504(d)(2), l'Ufficio di Area può valutare l'emissione di una o più multe per eventuali carenze elencate nei paragrafi 1910.504(d)(2)(i)(A) e (B). Se il datore di lavoro non corregge eventuali problemi con il processo di controllo dei sigilli utente, può essere presa in considerazione una multa ai sensi del 29 CFR § 1910.504(d)(2)(ii).
- D. Se il riutilizzo dei respiratori non è conforme ai requisiti di 29 CFR § 1910.504(d)(3)(i), l'Ufficio di Area può prendere in considerazione l'emissione di una o più citazioni per eventuali carenze documentate elencate nei paragrafi 1910.504(d)(3)(i) da (A) a (F) di questa sezione. Le violazioni delle disposizioni sul riutilizzo multiplo ai sensi di 29 CFR § 1910.504(d)(3)(i) dovrebbero normalmente essere raggruppate in un'unica citazione. Le carenze associate al riutilizzo di respiratori elastomerici o PAPR possono essere citate ai sensi di 29 CFR § 1910.504(d)(3)(ii).
- e. Se il datore di lavoro non richiede ai dipendenti di interrompere l'uso dei respiratori quando i dipendenti segnalano o sperimentano segni e

sintomi correlati alla loro capacità di utilizzare un respiratore, è necessario citare il 29 CFR § 1910.504(d)(4). Se ai dipendenti è consentito indossare respiratori e hanno precedentemente effettuato una valutazione medica che ha stabilito che non erano idonei dal punto di vista medico a indossarli, è necessario citare il 29 CFR § 1910.504(d)(4).

XI. Redazione di citazioni OSHA per violazioni COVID-19 .

- A. I CSHO dovrebbero seguire le procedure generali per la redazione delle citazioni OSHA nel FOM, [CPL 02-00-164](#) e qualsiasi procedura specifica contenuta nella presente direttiva. La classificazione raccomandata delle violazioni sarà quella prevista dalla versione vigente del FOM, Violazioni, Capitolo 4, e dalle linee guida qui riportate.
- B. È necessario seguire le procedure generali per la classificazione e il raggruppamento delle violazioni previste dal FOM. Il presente documento contiene anche alcune istruzioni specifiche per il raggruppamento delle violazioni delle disposizioni del COVID-19 ETS e di altri standard OSHA.
- C. I casi avviati prima della data di entrata in vigore dell'ETS devono essere attentamente valutati per determinare se i risultati specifici del caso e le conoscenze a supporto del datore di lavoro giustifichino una violazione ai sensi dell'ETS. Per le ispezioni in corso, in cui la data della conferenza di apertura precede la data di entrata in vigore dell'ETS, l'Ufficio di Area può prendere in considerazione le citazioni ai sensi dell'ETS per misure di controllo del SARS-CoV-2 ben note che avrebbero dovuto essere implementate prima dell'emissione dell'ETS, come, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, il distanziamento fisico, le barriere e l'igiene delle mani. Qualora vengano successivamente riscontrate, mentre l'ispezione è ancora in corso, violazioni di requisiti specifici dell'ETS, come, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, il mantenimento di un piano COVID-19, la tenuta di un registro COVID-19 e le notifiche ai dipendenti, le citazioni devono essere trattate caso per caso, in consultazione con l'Ufficio Regionale.
- D. La discrezionalità del Direttore di Area per la sanzione basata sulla gravità (GBP) dovrebbe tenere conto di ulteriori considerazioni, tra cui, a titolo esemplificativo ma non esaustivo:
1. Stato di sospetto o confermato COVID-19 del/i dipendente/i interessato/i, dei pazienti e dei residenti nella struttura o nell'area di lavoro specifica;
 2. Stato di vaccinazione contro il COVID-19 del/i dipendente/i interessato/i;
 3. Utilizzo e implementazione di barriere nell'ambiente di lavoro;
 4. Utilizzo e attuazione del distanziamento fisico da parte della forza lavoro interessata;
 5. Altri controlli ambientali come la ventilazione dell'area (ventilazione meccanica forzata/HVAC o ventilazione naturale attraverso l'apertura di porte o finestre);
 6. Altri controlli ingegneristici come l'uso di stanze di isolamento per infezioni trasmesse per via aerea (AIIR);
 7. Altri controlli amministrativi come la telemedicina, il telelavoro o altre modalità di lavoro a distanza, la riduzione del numero di persone, compresi i non dipendenti, presenti contemporaneamente in un'area, orari scaglionati di arrivo, partenza, lavoro e pausa.

8. Eventuali linee guida aggiornate del CDC sul COVID-19 che potrebbero avere un impatto sull'esposizione dei lavoratori.

XII. Formazione per il personale OSHA .

A. Per tutte le ispezioni o visite in loco in cui si prevede un'esposizione al COVID-19, i CSHO e il personale di consulenza OSHA devono essere a conoscenza di quanto segue:

1. Potenziali pericoli che potrebbero verificarsi nel sito, compresi i potenziali pericoli del COVID-19.
2. Contenuto della norma COVID-19 e della presente Direttiva.
3. Conoscenza delle linee guida del CDC incorporate per riferimento in 29 CFR § 1910.509 e sulla pagina web dell'OSHA all'indirizzo www.osha.gov/coronavirus/ets/ibr .
4. È obbligatorio indossare DPI adeguati. Ogni membro del personale di consulenza CSHO/OSHA che dovrà utilizzare DPI deve essere formato sulla corretta cura, utilizzo e limitazioni degli stessi. L'uso di protezioni respiratorie da parte di CSHO e altro personale dell'Agenzia è trattato nelle Istruzioni OSHA. [CPL 02-02-054](#) , *Linee guida del programma di protezione respiratoria*, 14 luglio 2000. Ulteriori istruzioni sulla protezione respiratoria possono essere disponibili al personale OSHA sotto forma di linee guida provvisorie sull'applicazione, come nel più recente Memorandum OSHA, [Piano di risposta all'applicazione provvisoria aggiornato](#) Secondo queste linee guida, i livelli minimi di protezione respiratoria per gli operatori sanitari sono un respiratore elastomerico a semimaschera testato e dotato di almeno un filtro di tipo N95 o un respiratore monouso FFR, testato e approvato dal NIOSH, come un N95, poiché hanno un fattore di protezione assegnato (APF) di 10. Un respiratore elastomerico a semimaschera testato e dotato di almeno un filtro di tipo N95 è preferibile come protezione minima per l'uso in ambito sanitario. Si noti che il CDC potrebbe aggiornare regolarmente le proprie linee guida sulla salute pubblica per tenere conto delle vaccinazioni contro il COVID-19 e, pertanto, anche l'OSHA potrebbe aggiornare le proprie linee guida sull'applicazione delle norme.
5. Oltre alla formazione sul posto di lavoro, i CSHO dovrebbero essere formati attraverso corsi di formazione disponibili, come quelli offerti dall'OSHA Training Institute (OTI), (*per esempio*, OSHA #2341 – Rischi biologici; OSHA #3360 – Assistenza sanitaria) e webinar archiviati relativi al COVID-19 (*per esempio*, OTI #0158 – Piano di risposta all'applicazione provvisoria; OTI #0161 – Sicurezza SHMS CSHO: ispezioni durante la pandemia; OTI #0162 – NIOSH: COVID-19 e protezione dei lavoratori; OTI #0169 - Programma di enfasi nazionale COVID-19 (NEP); OTI #0173 - Standard temporaneo di emergenza COVID-19 per l'assistenza sanitaria).

XIII. Esami medici per il personale OSHA .

A. Molti dei pericoli che i CSHO possono incontrare sono specificamente affrontati dai requisiti di sorveglianza medica previsti dagli standard OSHA. In conformità con Politica del personale OSHA nell'istruzione OSHA, [PER 04-00-005](#) , *Programma di esame medico OSHA22* agosto 2009, gli amministratori regionali e i direttori di area (AD) sono responsabili dell'implementazione di un programma di esami medici per i CSHO.

- B. Istruzioni OSHA, [CPL 02-02-054](#), *Linee guida del programma di protezione respiratoria*, 14 luglio 2000, include requisiti di valutazione medica per il personale OSHA tenuto a indossare dispositivi di protezione delle vie respiratorie. L'Istruzione richiede che gli operatori sanitari (CSHO) siano sottoposti a valutazione medica e ritenuti idonei a indossare il respiratore selezionato per il loro utilizzo prima del test di adattamento e del primo utilizzo del respiratore sul posto di lavoro. Gli operatori sanitari (CSHO) tenuti a indossare qualsiasi tipo di protezione delle vie respiratorie devono essere autorizzati dal punto di vista medico tramite le procedure di esame medico CSHO e assicurarsi di essere aggiornati.

XIV. Protezione del personale OSHA .

- A. Il Direttore di Area garantirà che i CSHO valutino le potenziali fonti di esposizione e riducano al minimo il rischio di trasmissione durante le ispezioni in loco. I CSHO dovrebbero condurre una valutazione del livello di rischio secondo le più recenti direttive OSHA [Piano di risposta provvisorio aggiornato per l'applicazione delle norme relative alla malattia da coronavirus 2019 \(COVID-19\)](#), con informazioni disponibili sul settore, sull'azienda e su qualsiasi altra informazione nota relativa all'attività. Il Direttore di Area garantirà che una valutazione dei rischi specifica per il sito sia completa e disponibile per la revisione prima dell'inizio dell'ispezione. La valutazione dei rischi specifica per il sito includerà un piano di controllo dell'esposizione, un'analisi dei rischi lavorativi e una valutazione dei rischi per i DPI.

1. Per proteggere la forza lavoro federale e le persone che interagiscono con la forza lavoro federale e per garantire la continuità dei servizi e delle attività governative, tutti i dipendenti federali in servizio o in loco, i contraenti federali in loco e altre persone negli edifici federali e sui terreni federali che non sono completamente vaccinati sono tenuti a indossare una mascherina (*cioè*, mascherine in tessuto o mascherine chirurgiche) e mantenere la distanza fisica; ma tutti coloro sopra menzionati devono aderire ad altre misure di salute pubblica, come previsto dalle linee guida del CDC. Ciò è in conformità con [Ordine esecutivo presidenziale 13991 sulla protezione della forza lavoro federale e sull'obbligo di indossare la mascherina](#), 20 gennaio 2021, e il memorandum OMB M-21-15, 10 giugno 2021, che conferisce all'OSHA la possibilità di prevedere eccezioni in linea con le linee guida del CDC.
2. L'OSHA continuerà ad attuare il piano di sicurezza sul posto di lavoro COVID-19 del Dipartimento del Lavoro degli Stati Uniti (DOL) per ridurre il rischio di trasmissione del COVID-19 agli operatori sanitari OSHA durante le ispezioni.
3. I CSHO adotteranno tutte le precauzioni appropriate come descritto nelle norme OSHA [Piano di risposta provvisorio aggiornato per l'applicazione delle norme relative alla malattia da coronavirus 2019 \(COVID-19\)](#). I supervisori devono garantire che tutto il personale rispetti tutti i requisiti relativi al COVID-19 sviluppati come parte del [ADM 04-00-003](#): *Sistema di gestione della sicurezza e della salute OSHA*.

- B. Tutto il personale impegnato in attività di ispezione in loco in ambito sanitario deve indossare un'adeguata protezione respiratoria o utilizzare almeno mascherine. Sebbene i respiratori, inclusi i respiratori filtranti (FFR), siano raccomandati nella maggior parte degli ambienti, la presente Direttiva consente l'uso volontario di respiratori filtranti (FFR) testati da parte del personale OSHA durante le attività di ispezione. Per l'uso volontario di respiratori facciali filtranti, al personale OSHA deve essere fornita una copia della Direttiva [Appendice D](#) della norma OSHA sulla protezione respiratoria, 29 CFR § 1910.134

I respiratori devono essere selezionati e utilizzati in conformità con le procedure di selezione dei respiratori in [CPL 02-02-054](#), *Linee guida del programma di protezione respiratoria* e tutti i requisiti dello standard OSHA sulla protezione respiratoria (*cioè*, valutato dal punto di vista medico, sottoposto a test di idoneità).

C. Dispositivi di protezione individuale aggiuntivi (DPI).

Durante un'ispezione, gli addetti alla sicurezza e alla salute devono utilizzare dispositivi di protezione individuale, se necessario, per proteggersi da tutti i pericoli non correlati al COVID-19.

1. Gli amministratori regionali e i direttori di area devono garantire che i CSHO dispongano di DPI adeguati.
2. Oltre alla protezione respiratoria sopra menzionata, gli operatori sanitari del settore sanitario dovranno indossare almeno occhiali protettivi o visiere, guanti monouso e camici o tute monouso di dimensioni adeguate.
3. Ove opportuno, gli addetti alla sicurezza e alla salute sul lavoro devono stabilire i punti appropriati per indossare, togliere e decontaminare i DPI.
4. Gli operatori sanitari devono informarsi e rispettare tutti i requisiti DPI imposti dalla struttura.

Vedere [FOM Capitolo 3](#), Sezione II.C, Problemi di sicurezza e salute relativi ai CSHO. Vedere anche [ADM 04-00-003](#), Sistema di gestione della sicurezza e della salute OSHA.

D. Ulteriori linee guida precauzionali e strumenti di ispezione del CSHO sono forniti nell'Appendice C e nell'Appendice D del più recente [COVID-19 NEP](#), inclusi ma non limitati a:

1. Lasciare l'attrezzatura non necessaria nel veicolo e recuperarla solo se necessario;
2. Se possibile, riporre l'attrezzatura e i materiali di ispezione in sacchetti di plastica per evitare la contaminazione;
3. Assicurarsi che nel veicolo siano disponibili disinfettante per le mani, salviette disinfettanti e sacchetti per lo smaltimento dei DPI contaminati e dei materiali usati;
4. Massimizzare sempre l'uso del distanziamento fisico;
5. Evitare di intervistare più dipendenti nella stessa area contemporaneamente;
6. Lavarsi le mani con acqua e sapone o utilizzare disinfettanti per le mani con almeno il 60% di alcol prima di lasciare il sito;
7. Praticare tecniche di riduzione della contaminazione (*cioè*, limitare il contatto con le superfici e il successivo contatto tra mani e viso); e
8. Se necessario, evitare le aree della struttura in cui sono in corso operazioni di assistenza ai pazienti acuti. Se tutte le misure alternative sono state esaurite e il CSHO deve entrare in un'area ad alto rischio, deve interrompere immediatamente le attività di ispezione e contattare il proprio Direttore di Area/Vice Direttore di Area per ulteriori indicazioni.

E. In alcuni casi, i CSHO potrebbero scoprire che la valutazione dell'esposizione di un datore di lavoro è

inadeguato, non è stato eseguito affatto, il datore di lavoro non ha implementato in modo completo e appropriato i controlli dei rischi o si è verificata un'epidemia di COVID-19. In tali casi, utilizzare il giudizio professionale per prevedere l'esposizione durante un breve ingresso in un'area di lavoro ad altissimo rischio, come una stanza per pazienti COVID-19 o un'area per l'ispezione. Gli operatori sanitari devono rispettare il programma di protezione respiratoria dell'ufficio regionale o di zona.

XV. Date .

Date di entrata in vigore: la norma entra in vigore il 21 giugno 2021. L'incorporazione per riferimento di alcune pubblicazioni elencate nella norma è approvata dal Direttore del Federal Register a partire dal 21 giugno 2021.

Date di conformità: le date di conformità per disposizioni specifiche sono indicate nel 29 CFR § 1910.502(s). I datori di lavoro devono conformarsi a tutti i requisiti di questa sezione, ad eccezione dei requisiti di cui ai paragrafi (i), (k) e (n) entro il 6 luglio 2021. I datori di lavoro devono conformarsi ai requisiti di cui ai paragrafi (i), (k) e (n) entro il 21 luglio 2021.

XVI. Istruzioni per la codifica del sistema informativo OSHA (OIS) .

Tutte le attività di applicazione delle norme relative al COVID-19 (*cioè*, ispezioni, reclami e segnalazioni, ecc.) e gli interventi di assistenza alla conformità condotti devono essere codificati come "COVID-19" nel campo Codice NEP, come specificato nel [COVID-19 NEP](#). Gli Uffici di Zona e i Piani Statali che seguono il NEP non utilizzano più il precedente codice "N-16-COVID-19" nel campo Codice Aggiuntivo dell'OIS. Il codice NEP deve essere applicato anche se l'attività non rientrava tra i NAICS interessati elencati nelle appendici, purché siano state indagate le condizioni di rischio correlate al COVID-19. Tuttavia, i Piani Statali che non implementano il NEP sono tenuti a continuare a utilizzare il precedente codice N-16-COVID-19 nell'OIS ai fini del monitoraggio a livello nazionale.

Inoltre, tutte le ispezioni relative al COVID-19 devono essere codificate nella Categoria di Ispezione come ispezione "Salute", a meno che l'ispezione non sia stata avviata come ispezione di sicurezza non programmata in cui inizialmente non erano stati segnalati pericoli correlati al COVID-19, ma sono stati successivamente riscontrati nel corso dell'ispezione. In tal caso, l'ispezione deve essere codificata nella Categoria di Ispezione come ispezione "Sicurezza".

I CSHO devono inoltre identificare nell'OIS eventuali violazioni o HAL relative al COVID-19 utilizzando il campo Codice Evento Correlato (REC) nella sezione Informazioni Aggiuntive nella schermata delle violazioni. I CSHO devono selezionare "COVID-19" nella sezione REC. Se applicabile, devono essere selezionati anche altri REC per correlare la violazione o l'HAL al decesso, alla denuncia, al rinvio, ecc. *Il codice evento correlato al COVID-19 si aggiunge agli altri codici COVID-19 richiesti.*

NOTA: Fino a nuovo avviso, l'agenzia continuerà a monitorare le ispezioni condotte interamente da remoto per reclami, segnalazioni o decessi correlati al COVID-19. Quando un'ispezione viene condotta interamente da remoto, i CSHO devono inserire il codice "N-10-COVID-19 REMOTE" nella sezione Codici aggiuntivi dell'OIS per tutte le ispezioni correlate al COVID-19 condotte completamente fuori sede, oltre al codice COVID-19 per il NEP. Inoltre, le Regioni devono codificare retroattivamente (se non precedentemente fatto) tutte le ispezioni da remoto correlate al COVID-19 condotte da febbraio.

1, 2020. Si incoraggiano vivamente i piani statali a iniziare o continuare a utilizzare anche il codice N-10-COVID-19 REMOTE, in modo che i dati possano essere raccolti a livello nazionale.

La Tabella 1 di seguito fornisce un riepilogo di tutti i codici OIS correlati al COVID-19.

Tabella 1. Elenco dei codici OIS per le ispezioni/attività correlate al COVID-19

Campo OIS	Codici OIS	Tipo di attività
NEP	COVID 19	Tutte le attività di assistenza all'applicazione e alla conformità condotte nell'ambito del NEP (reclami, decessi, segnalazioni, ispezioni, ecc.)
Aggiuntivo Codice	N-16-COVID-19	Il codice continuerà ad essere utilizzato solo da quei piani statali che lo hanno fatto <i>non</i> implementare il NEP dell'OSHA
Aggiuntivo Codice	N-10-COVID-19 REMOTO	Codice utilizzato per le ispezioni relative al COVID-19 condotte completamente fuori sede
Aggiuntivo Codice	N-10-ABATEMENT DIFFERITO	Ispezioni di stabilimenti in cui erano presenti pericoli che normalmente sarebbero stati citati, ma è stata utilizzata la discrezionalità dell'applicazione per differire l'emissione di una violazione per i pericoli correlati al COVID-19 (fare riferimento alla Sezione XII.C.2. del NEP per ulteriori indicazioni)
Evento correlato Codice (REC)	COVID 19	Tutte le violazioni e gli HAL correlati al COVID-19

Appendice A

Specifiche aggiuntive per AIIR e riferimenti di ventilazione

Vedere anche: Direttiva OSHA, CPL 02-02-078, *Procedure di applicazione e programmazione per l'esposizione professionale alla tubercolosi*, 30 giugno 2015, Appendice B, Metodi di prova per stanze di isolamento per infezioni trasmesse per via aerea, www.osha.gov/enforcement/directives/cpl-02-02-078.

Una AIIR è una stanza o un recinto per la cura dei pazienti a pressione negativa, occupata da una sola persona (vedere la definizione di AIIR nella Sezione IX. B di questa Direttiva). Nelle AIIR i fattori ambientali sono controllati per ridurre al minimo la trasmissione di agenti infettivi, che solitamente si diffondono da persona a persona attraverso nuclei di goccioline associati alla tosse o all'aerosolizzazione di fluidi contaminati. Le AIIR devono essere mantenute a pressione negativa (in modo che l'aria fluisca attraverso la fessura della porta nella stanza). Le AIIR devono avere un tasso di ricambio d'aria pari o superiore a 6 ricambi d'aria meccanici all'ora (ACH). Ove possibile, il tasso di flusso d'aria deve essere aumentato a ≥ 12 ACH meccanici regolando o modificando il sistema di ventilazione o integrandolo con tecnologie di purificazione dell'aria. Il raggiungimento di un tasso di ricambio d'aria totale pari o superiore a 12 ACH meccanici dovrebbe essere un obiettivo nella progettazione di nuove AIIR o nella ristrutturazione di quelle esistenti.

L'aria deve essere espulsa direttamente dalla stanza verso l'esterno dell'edificio o ricircolata attraverso un filtro antiparticolato ad alta efficienza (HEPA). L'aria proveniente da una AIIR deve essere espulsa direttamente verso l'esterno dell'edificio o, se il ricircolo è inevitabile, fatta passare attraverso un filtro HEPA. Un filtro HEPA è un filtro con un'efficienza di almeno il 99,97% nella rimozione di particelle monodisperse di 0,3 micrometri di diametro. I filtri HEPA devono essere installati nel sistema di condotti in uscita dalla stanza per rimuovere gli organismi infettivi dall'aria prima che questa ritorni al sistema di ventilazione generale. Il datore di lavoro deve implementare un programma di manutenzione programmata per i filtri HEPA che includa procedure per l'installazione, la rimozione e lo smaltimento degli elementi filtranti.

La manutenzione dei filtri HEPA deve essere eseguita solo da personale adeguatamente formato e protetto, e solo a sistema di ventilazione o unità di ricircolo dell'aria ambiente spenti. I dipendenti che eseguono la manutenzione e la sostituzione dei filtri su sistemi di ventilazione potenzialmente contaminati da COVID-19 devono indossare un'adeguata protezione respiratoria oltre a occhiali e mani. Ove possibile, i filtri HEPA possono essere disinfettati con una soluzione di candeggina al 10% o con un altro battericida appropriato prima della rimozione. Inoltre, l'alloggiamento del filtro deve essere etichettato con le opportune avvertenze. I filtri e gli altri materiali potenzialmente contaminati devono essere smaltiti in conformità con le normative locali o statali applicabili. I prefiltri devono essere maneggiati e smaltiti allo stesso modo dei filtri HEPA.

Nelle circostanze in cui l'aria proveniente da una AIIR deve essere ricircolata nella stanza (*per esempio*, dove non è presente un sistema di ventilazione generale), il ricircolo può essere ottenuto tramite sistemi di ricircolo dell'aria ambiente fissi o portatili. I sistemi di ricircolo fissi sono preferiti alle unità portatili (autonome) perché possono essere installati con un grado di affidabilità maggiore e possono avere una portata d'aria maggiore rispetto ai sistemi portatili. Inoltre, i sistemi fissi riducono il rischio di cortocircuito dell'aria poiché la distanza tra l'ingresso e l'uscita dell'aria è maggiore. Le AIIR devono essere mantenute in pressione negativa per indurre il flusso d'aria nella stanza o nell'involucro da tutte le aree circostanti. La pressione negativa deve essere monitorata per garantire che l'aria

scorre sempre dal corridoio (o dall'area circostante) nella AIIR. La pressione negativa deve essere $\geq 0,01$ pollici di acqua misurata.

La pressione negativa può essere monitorata utilizzando scie di fumo non irritanti o altri indicatori per dimostrare che la direzione del flusso d'aria proviene dal corridoio o dall'area adiacente e si dirige verso la camera di isolamento automatico (AIIR). È possibile installare su una camera di isolamento automatico dispositivi di indicazione della pressione, come monitor di pressione positiva e negativa continua, indicatori di velocità dell'aria e allarmi, per verificare la corretta pressione ambiente.

Cabine, tende o cappe che scaricano l'aria di scarico nella stanza in cui si trovano devono essere dotate di filtri HEPA nel condotto di scarico; la ventola di scarico deve essere posizionata sul lato di scarico del filtro. Se il dispositivo non è dotato di filtro HEPA, l'aria di scarico deve essere convogliata direttamente all'esterno e non ricircolata.

È necessario predisporre un sistema di alimentazione di emergenza per evitare interruzioni nell'esecuzione dei controlli critici durante un'interruzione di corrente. In assenza di alimentazione di emergenza, il sistema dovrebbe essere dotato di serrande per isolare la camera di isolamento in aria compressa o la sala di trattamento in caso di interruzione di corrente, al fine di impedire il riflusso di aria contaminata. Se le serrande non sono automatizzate, la struttura dovrebbe disporre di una procedura scritta per avviare la chiusura tempestiva delle serrande in caso di interruzione di corrente.

CENTRO PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE:

Linee guida per la prevenzione della trasmissione del *Mycobacterium tuberculosis* in ambito sanitario, 2005, 30 dicembre 2005/Vol. 54/No. RR-17.

www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/appendix/air

Società americana degli ingegneri del riscaldamento, della refrigerazione e dell'aria condizionata (ASHRAE):

Stanze a pressione negativa

www.ashe.org/negative-pressure-rooms

Associazione americana per l'igiene industriale:

Riduzione del rischio di COVID-19 mediante controlli ingegneristici (9 settembre 2020)

aiha-assets.sfo2.digitaloceanspaces.com/AIHA/resources/Guidance-Documents/Reducing-the-Risk-of-COVID-19-using-Engineering-Controls-Guidance-Documents.pdf

Appendice B-Guida alla protezione respiratoria per attività e standard¹

Rischio di esposizione Esempi	Stato del paziente per COVID-19 (se applicabile)	Uso del respiratore	Scritto Programma	Medico Valutazioni	Test di adattamento	Formazione	Utente Foca Controllo	Riutilizzare	Interruzione	Avviso
Generatore di aerosol Procedure	positivo / sospettato o sconosciuto2	Fornito dal datore di lavoro. Richiesto da 29 CFR § 1910.502(f)(3)(i)	Tenuto a rispettare 29 CFR § 1910.134							
Assistenza al paziente / Tutti gli altri dipendenti	positivo / sospettato o sconosciuto2	Fornito dal datore di lavoro. Richiesto da 29 CFR § 1910.502(f)(2)(i)	Tenuto a rispettare 29 CFR § 1910.134							
Assistenza al paziente	negativo / non sospettato	Il datore di lavoro ha fornito una mascherina al posto della mascherina obbligatoria ai sensi del 29 CFR § 1910.502(f)(4)(i)	Parte del COVID-19 Piano	N / A	29 CFR § 1910.504(d)(1) - (d)(4)				N / A	
		I dipendenti possono utilizzare la propria mascherina al posto di quella obbligatoria Vedere 29 CFR § 1910.502(f)(4)(ii)	Parte del COVID-19 Piano	N / A	N / A				29 CFR § 1910.504(c)	
Assistenza al paziente / Tutto il resto richiesto uso del respiratore	negativo / non sospettato	Utilizzo obbligatorio per la protezione da altri pericoli (non COVID)/agenti infettivi (TB, varicella, procedure di cauterizzazione o amputazione, ecc.).	Tenuto a rispettare 29 CFR § 1910.134							
Tutti i dipendenti - Mascherine obbligatorie		Mascherine obbligatorie Vedere 29 CFR § 1910.502(f)(1)(i)	Parte del COVID-19 Piano	N / A	N / A				N / A	
Tutti i dipendenti – Respiratori facoltativi utilizzati al posto delle mascherine obbligatorie		Fornito dal datore di lavoro Vedere 29 CFR § 1910.502(f)(4)(i)	Parte del COVID-19 Piano	N / A	29 CFR § 1910.504(d)(1) – (d)(4)				N / A	
		Il dipendente fornisce il proprio Vedi 29 CFR § 1910.502(f)(4)(ii)	Parte del COVID-19 Piano	N / A	N / A				29 CFR § 1910.504(c)	
Tutti gli altri settori per l'uso obbligatorio o volontario di respiratori per la protezione contro qualsiasi rischio respiratorio.		Necessario	Tenuto a rispettare 29 CFR § 1910.134							
		Uso volontario di FFR	29 CFR § 1910.134 Appendice D							
		Uso volontario di elastomerico o PAPR	Vedere 29 CFR § 1910.134(c)(2)(ii)							

Note a piè di pagina:

1. Vedere [CPL 02-00-158](#) per l'applicazione del 29 CFR § 1910.134 e fare riferimento a questa direttiva per l'applicazione dell'ETS per COVID-19.
2. Vedere le sezioni su "Applicazioni sindromiche ed empiriche delle precauzioni basate sulla trasmissione", "Precauzioni aeree" e la Tabella 2 in [Linee guida del CDC per le precauzioni di isolamento: prevenzione della trasmissione di agenti infettivi in contesti sanitari \(2007\)](#) documento, che è incorporato per riferimento in 29 CFR § 1910.509.

Appendice C

Ulteriori indicazioni per la determinazione dei benefici dell'espulsione medica

Le citazioni per mancata erogazione di indennità di espulsione per motivi di salute non devono identificare il dipendente se non tramite la qualifica o il reparto, a meno che, date le dimensioni della struttura, ciò non consenta di identificare il dipendente. Qualsiasi costo che continuerà ad accumularsi fino al pagamento, come stipendi arretrati, premi assicurativi e simili, deve essere indicato come formule, ovvero importi per unità di tempo, in modo che l'importo corretto da pagare al ricorrente sia calcolabile alla data del pagamento. Ad esempio, "Il datore di lavoro non ha pagato la normale retribuzione del tecnico chirurgico pari a \$ 15,90 all'ora, per 40 ore settimanali, dal 7 luglio 2021 fino alla data del pagamento, al netto delle consuete detrazioni quando il dipendente lavorava da remoto a causa dell'esposizione al COVID-19".

Per determinare la retribuzione ordinaria del dipendente, il CSHO dovrebbe richiedere al datore di lavoro copie delle buste paga e del modulo W-2 dell'anno precedente, nonché copie delle buste paga e di qualsiasi altra documentazione pertinente. (Il datore di lavoro e il dipendente possono oscurare il numero di previdenza sociale del dipendente dalla copia del documento e, in caso contrario, il CSHO manterrà la riservatezza dei dati, a meno che non siano necessari in tribunale). È importante comprendere che le circostanze hanno modificato i redditi di molti dipendenti dall'inizio della pandemia e il CSHO deve prestare particolare attenzione nel determinare le retribuzioni attuali. I dipendenti con mansioni e anzianità simili (se possibile) dovrebbero essere intervistati in merito alle loro retribuzioni per determinare il reddito attuale effettivo.

I CSHO dovrebbero citare 29 CFR § 1910.502(l)(5)(ii) qualora il datore di lavoro non abbia fornito indennità di espulsione per motivi di salute. Il CSHO può consultare un investigatore per la protezione dei whistleblower, se necessario, per determinare come calcolare l'importo dovuto dal datore di lavoro. Se il dipendente avesse ricevuto un bonus durante questo periodo di tempo o un piano sanitario, questo sarebbe stato conteggiato nella retribuzione ordinaria. I danni punitivi non devono essere valutati come parte di questa sezione, ma possono rientrare nella Sezione 11(c). Se il dipendente avesse lasciato il lavoro per qualsiasi motivo diverso dall'espulsione per motivi di salute ai sensi di questa sezione, il periodo di conteggio per la retribuzione ordinaria si interromperà al giorno della cessazione del rapporto di lavoro.

Se il dipendente ha subito un'azione avversa o una minaccia di azione avversa a seguito dell'espulsione per motivi medici, è necessario segnalarlo al Programma di protezione dei whistleblower.